

Reflexões sobre a patogenia de uma instituição pragmático-familiarista *

SUSANA TROVÃO PEREIRA BASTOS ** / JOSÉ GABRIEL PEREIRA BASTOS ***

«Quando todos os cálculos complicados se revelaram falsos, quando os próprios filósofos não têm nada mais a dizer-nos, é desculpável que nos volteemos para a chilreada fortuita dos pássaros ou para o longínquo contrapeso dos astros».

Marguerite Yourcenar, *Memórias de Adriano*

«Etelvina queixa-se muito, critica quase tudo; outras vezes mergulha num sonho e fala-me do pretérito como se fosse realidade — “vou ao jardim com a minha mãezinha, e o passarinho (...)”. Uns dias, infantiliza-me, chega a tratar-me por “minha pequenina” e obriga-me a comer uma carcaça de marmelada (“estás muito magrinha”, diz-me); no dia seguinte, pede-me que a deite, a aconchegue

(...). Olha-me com doçura e acho que canta: abibi, patati, patépaté (...). Numa manhã encontro-a abatida, acamada, com soro (...) repete-se várias vezes uma mesma pergunta: “E se há um tremor de terra, o que é que me acontece?”. Nos dias seguintes, a questão ressurgue, a calamidade reinventa-se — incêndio... Não tenho resposta (verbal). Há qualquer coisa que me escapa. Se ela fosse apenas uma criança (mas não é) era mais fácil comunicar, afinal também eu partilhei uma infância... Dou-lhe a minha mão. Na manhã seguinte tento explicitar um «não-dito»: “É a morte que te assusta?”. Conversámos toda a manhã!! Não sei quem queria proteger, se eu própria, ou as velhas com quem me cruzava quotidianamente...»

Extractos do diário de campo (1987)

* Este artigo foi apresentado como comunicação ao Congresso Internacional de Saúde Mental Comunitária (Lisboa, 7 de Dezembro de 1989) por STPB e encontra-se, por isso, redigido na primeira pessoa. O quadro epistemológico no qual se insere esta reflexão, assim como as suas principais hipóteses teóricas, resultam do trabalho conjunto de ambos os signatários.

** Antropóloga; Investigadora do projecto «Do Desvio à Instituição Total: Sub-cultura, Estigma, Trajectos», no âmbito do Centro de Estudos Judiciários (Ministério da Justiça); Bolseira do Laboratório Nacional de Engenharia Civil — Grupo de Ecologia Social.

*** Diplomado em Psicologia e licenciado em Ciências Antropológicas e Etnológicas; Assistente convidado no Departamento de Antropologia da Faculdade de Ciências Sociais e Humanas (UNL).

Foram as pesquisas em Antropologia Urbana e, acima de tudo, o facto de trabalhar no projecto de investigação «Do Desvio à Instituição Total: Sub-cultura, Estigma, Trajectos», no âmbito do Centro de Estudos Judiciários, que me conduziram a certas instituições asilares e custodiais nas quais convivi quotidianamente com pessoas idosas.

O aspecto fundamental que gostaria de levantar nesta reflexão prende-se com a necessidade de pensar estas instituições do ponto de vista das suas *estratégias inconscientes* e, concomitantemente, de procurar compreender os efeitos de tais estratégias sobre as pessoas velhas que nelas habitam.

Logo à partida, o que mais me impressionou nos meios institucionais onde realizei trabalho de campo foi o facto de os «cuidadores» satisfazerem, muitas vezes, apenas as necessidades biológicas e médicas da pessoa velha e, deste modo, a reduzirem a um ser puramente fisiológico. Ao tipo institucional decorrente de tal estratégia chamei de *instituição pragmática*.

Todavia, a este *reduccionismo fisiológico* acrescenta-se frequentemente uma estratégia que visa reorganizar o meio institucional pela reprodução do sistema social envolvente. Ao tipo institucional resultante da estratégia que mima várias relações estruturantes da sociedade exterior e, muito particularmente, a relação Família-Filho, no seu interior, chamei de *instituição familialista* ⁽¹⁾.

Na tentativa de compreender os efeitos das duas estratégias delimitadas sobre os universos envelhecidos selecionei a minha experiência numa enfermaria de uma instituição da cidade de Lisboa ⁽²⁾ e, mais por gosto do que por imperativos de análise, optei por uma enfermaria de mulheres.

Sumariamente, trata-se de uma velhice muito carenciada em termos económicos, caracterizada pela ausência de uma rede familiar ou pela existência de graves conflitos com a sua matriz familiar e, por acréscimo, fustigada por uma multipatologia, com incidência tanto somática como psíquica, associada frequentemente ao processo normal de envelhecimento, factores estes que, em simultâneo, a levaram ao asilo, como última alternativa viável.

Na gíria deste estabelecimento, a enfermaria em questão carrega conotações negativas, nomeadamente, a de «sala de espera da morte» e as mulheres nela internadas são frequentemente denominadas de «esclerosadas», «dementes», «senis». Estas *atribui-*

ções interpretativas do mundo institucional acerca de uma das suas partes enraizam-se, contudo, em alguns aspectos da realidade específica desta enfermaria.

Com efeito, o levantamento sistemático das representações destas velhas mulheres sobre o seu meio envolvente (através de entrevistas individuais e da observação participante) põe em relevo onze *medos fundamentais* ⁽³⁾ apresentados no quadro 1 e na matriz correspondente.

Esta classificação, a sua quantificação e a sua representação matricial merecem-me numerosos comentários. Porém, aqui, gostaria apenas de sublinhar:

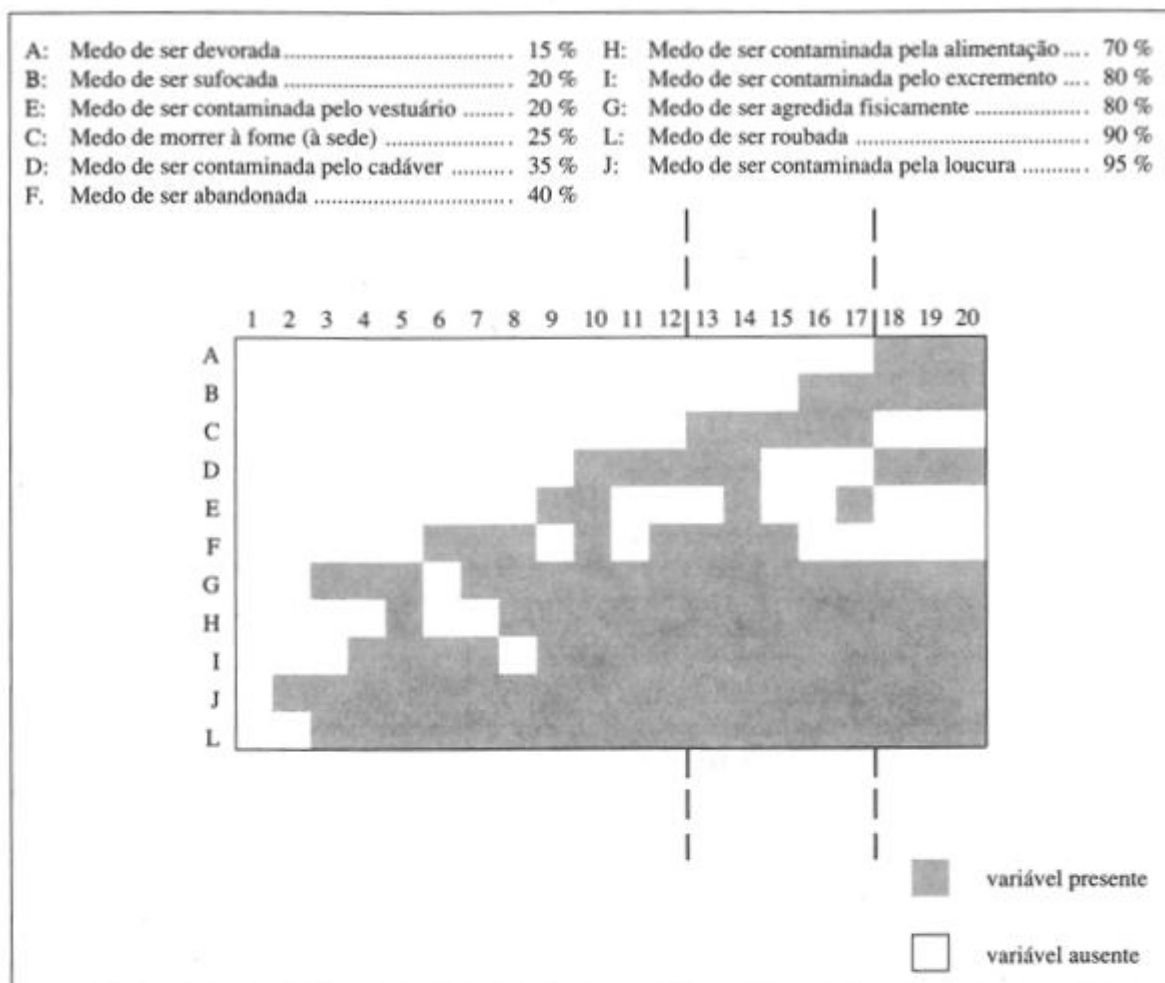
- a) a *relação regressiva* que a velha mulher mantém com os objectos materiais, com o espaço envolvente e com as pessoas que a rodeiam, o que nos reenvia para o prolongamento do seu corpo, no exterior, no outro;
- b) e, ainda, que através das suas representações exprime *medos corporais* muito *arcaicos*: medo de ser devorada, sufocada, contaminada, abandonada, envenenada, etc.. Se pensarmos no conceito de Freud de «equação simbólica»

(1) O Familialismo não constitui uma estratégia institucional recente. Por exemplo, no século XIX, o microcosmo asilar onde é segregada a loucura caracteriza-se pela reprodução interna dos grandes estruturantes da sociedade burguesa envolvente, nomeadamente, da relação Família-Filhos (M. Foucault, *Histoire de la Folie*, Paris, Plon, col. 10/18, 1961, p. 286).

(2) Nesta reflexão não são revelados pormenores que permitam localizar a instituição na qual recolhi a maioria dos materiais apresentados. Este facto relaciona-se, por um lado, com imperativos de sigilo profissional e, por outro lado, com uma directriz metodológica. Não se trata de questionar a instituição X mas de reflectir sobre algumas estratégias institucionais frequentes nos estabelecimentos com vocação gerontológica onde tenho realizado trabalho de campo.

(3) A questão dos medos e/ou angústias radicadas nas fases ontogenicamente mais arcaicas da organização do psiquismo é, primeiramente, trabalhada por Freud, por exemplo, em «Sur la sexualité féminine» (1931); neste texto, Freud dá-se conta da importância da descoberta da *fase pré-ediapiana da mulher* («a fase pré-ediapiana da mulher atinge, por isso, uma importância que nunca lhe tínhamos atribuído até aqui (...) a penetração no período pré-ediapiano da menina surpreende-nos como num outro domínio, a descoberta da civilização minóico-micénica por detrás da civilização grega». É neste contexto que Freud fala da «angústia de ser assassinada (ou devorada?) pela própria mãe, angústia surpreendente mas que é regularmente encontrada. Somos levados a afirmar que esta angústia corresponde a uma hostilidade à mãe que se desenvolve na criança devido às múltiplas restrições da educação e dos cuidados corporais; e que o mecanismo de projecção é favorecido pelo facto de que a organização psíquica se encontra ainda no seu início.» (Sur la sexualité féminine, 1931, pp. 140-141). A obra de Melanie Klein desenvolverá profundamente este tópico (*Essais de Psychanalyse*, Paris, Payot, 1972). Num momento posterior, Edmund Bergler, in *Basic Neurosis*, N. York, Grune and Stratton (cf. trad. francesa pelo Dr. Pierre Luquet, Paris, Payot, 1976, pp. 36-39) referirá que «a criança sofre sob o fardo dos sete medos infantis e que vive cercada pelos terrores seguintes: o medo de morrer de fome, de ser devorada, envenenada, sufocada, fragmentada, esvaziada e castrada». Para uma abordagem mais moderna e interdisciplinar Michel Zlotowicz, *Les peurs enfantines*, Paris, P.U.F., 1974 (trad. brasileira por Marco Aurélio de Moura Matos, *Os Medos Infantis*, Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1976).

QUADRO I



(manutenção de um mesmo tipo de relação entre termos substituíveis) verificamos que esta imagética institucional reflecte uma constelação fantasmática infantil que alguns psicanalistas chamam de «mãe pré-edipiana»⁽⁴⁾.

Dramatizada como sufocante, envenenadora, abandonada, etc., lembrando quase a «bruxa má», a

«madrasta», «a feiticeira cruel» dos contos infantis, sobre esta sua representação a velha exerce, por vezes, um trabalho de positivização, de *idealização reparadora* (situado privilegiadamente na relação com os cuidadores) o que lhe possibilita assim a assimilação do mundo envolvente a uma mãe pragmática e protectora.

«Tenho uma casa muito linda. Tenho cama, almoço e jantar, como num restaurante, tenho cabeleireira, manicure, enfermeiros... então o que é que eu queria mais? E as Senhoras são todas umas santas. São as nossas mães, dão-nos banho com muita carícia, cortam-nos as unhas, dão-nos o lanche, arranjam-nos as roupas. São mais do que as nossas mães».

(4) Ao ser confrontada com as primeiras frustrações a criança projecta a sua agressividade no objecto primário, que passa a ser sentido inconscientemente como persecutório, cruel, mau. (Chama-se a essa constelação fantasmática de «mãe pré-edipiana» (cf. M. Klein, *Essais de Psychanalyse*, Paris, Payot, 1972).

«Enquanto eu aqui estiver não quero que a I... (empregada) morra. Quero que seja minha (...). É a minha boa estrela».

«Gosto muito dos senhores enfermeiros. Este é como meu filho...».

Através de uma *condensação introjectiva* dos dados actuais e, em última análise, temporais — uma infiltração da lei da intemporalidade, reinante no inconsciente — a velha mulher não hesita em dramatizar objectalidades arcaicas no pano de fundo das suas relações actuais.

Por exemplo, no seu relacionamento com a empregada que se ocupa dos seus cuidados de higiene reconstitui uma *diade terminal*, por alusão à *diade primária* que a relação com esta cuidadora permite reactivar.

Do mesmo modo, os enfermeiros são investidos fantasmaticamente ⁽⁵⁾ numa espécie de avidez regressiva que busca substituir antigos objectos de amor perdidos ou ausentes.

Também as raras situações de visita que presenciarei nesta enfermaria apontam sobremaneira para um pretérito conservado que retorna insidiosamente sobre as relações do presente. Tantas vezes, é o filho-criança do passado que a velha projecta ao dirigir-se ao filho adulto. Tantas outras vezes, na figura deste último entrevê e chega mesmo a comportar-se como se se tratasse de uma figura parental.

Em suma, a velha vai-nos confrontando com o investimento dos seus alter-egos actuais como *equivalentes simbólicos* das figuras objectais do seu passado, repetindo, assim, um mesmo tipo de relação outrora dramatizada.

Por acréscimo, a presença de um mínimo de mito (refiro-me ao mito religioso e, nomeadamente, à crença numa morte simbólica secundada por uma vida posterior, mais feliz e compensadora dos sacrifícios da vida terrena) oferece-se-lhe um contrapeso eficaz ao seu *mundo terminal*, sentido como persecutório, maligno, abandonónico.

(5) Os cuidados médicos parecem também transbordar a interacção directa e actual entre a velha doente e os enfermeiros (nesta enfermaria, o número de enfermeiros é muito superior ao de enfermeiras). Estes são investidos fantasmaticamente como pais, filhos, namorados, etc.. Contudo, a regressão a modalidades de

«Só quem tenho no mundo é Deus meu querido Pai... Na minha fé acho que vou para pertinho de Nosso Senhor...».

Numa postura «fagocitante» que se aproxima da paixão fusional, a velha extingue progressivamente vários limites: fustiga de um desejo anaclítico as suas últimas relações objectais, «absorve o objecto no seu espaço erótico e, de forma tão total, por vezes, que já nem resente a presença da pessoa real» ⁽⁶⁾; ou dilata até ao extremo o seu amor-paixão por um objecto divino, na medida exacta em que o mito religioso actua como reforço e retorno das e às aquisições e disposições infantis ⁽⁷⁾, nomeadamente, às uterinas e às fusionais — o céu, o repouso, a fusão com objectos queridos, a ausência total de sofrimento, a *recuperação do bom estado intemporal*.

Parece ser esta postura regressiva, traduzindo-se no modo como a velha se relaciona e na forma como se interpreta e pensa o mundo à sua volta, que está na base do *imaginário institucional* acerca desta enfermaria.

Uma das hipóteses de explicação deste fenómeno reside, porventura, no próprio processo de envelhecimento. O senso comum apresenta claramente esta orientação: «Envelhecer é reencontrar a infância». É, pois, clássico e popular referir-se que a pessoa idosa reproduz alguns mecanismos cognitivo-emocionais próprios da adolescência e até mesmo da infância.

Em contrapartida, confrontei-me com uma certa *escassez de trabalhos científicos* sobre este tema, o que remete, em última análise, para o facto da

relação antigas, apresenta-se menos profunda relativamente àquela observada na relação com as empregadas que se ocupam dos cuidados de higiene.

(6) De M'Uzan, M., *De l'Art à la Mort*, Paris, Gallimard, p. 196.

(7) Segundo Erikson, cada etapa e crise ontogenética possui uma relação especial com as estruturas básicas da sociedade. Esta relação estrutura-se duplamente: «O homem traz para essas instituições os resíduos da sua mentalidade infantil (...) e recebe delas (...) um reforço para as suas aquisições infantis» (in E. H. Erikson, *Infância e Sociedade*, Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1976, p. 230). Nesta mesma obra, o autor põe em destaque a relação entre o estádio que denomina «Confiança Básica versus Desconfiança Básica» (assemelhando-se a esta esperança fusional de aceder à fusão primitiva) e a instituição religiosa, em vários contextos sócio-culturais.

nossa sociedade, ao negligenciar a velhice do ponto de vista social, a evitar também como objecto de estudo.

Poderia afirmar que começa a existir um certo consenso entre os técnicos que operam nesta área quanto ao facto da imagem da velhice ser desvalorizada medicamente, cientificamente e socialmente, mas dir-se-á que esta depreciação se acentua quando se trata da abordagem da própria experiência interna do envelhecer ⁽⁸⁾.

No domínio da psicologia e pronunciadamente naquela que se denomina «dinâmica» rareiam as abordagens sobre a dimensão psíquica e emocional do processo de envelhecimento.

Com efeito, logo sobre os primeiros psicanalistas se abatia uma espécie de *gerontofobia inconsciente*. Em Dezembro de 1904, S. Freud, no contexto de uma conferência, apontava a idade como uma contra-indicação para o tratamento analítico e, paralelamente, inibia a sua abordagem pelos analistas da sua época e gerações seguintes ⁽⁹⁾.

(8) No sentido em que o estudo científico da experiência interna do envelhecer é bloqueado pela angústia do observador provocada pelo seu objecto de estudo, produzindo nele resistências contra-transferenciais que inibem e/ou deformam a percepção e a interpretação do fenómeno (cf. G. Devereux, *De l'Angoisse à la Méthode*, Paris, Flammarion, 1980).

(9) Freud coloca este limite etário de uma forma precisa e rígida: «na casa dos 50 anos» (in «O método psicanalítico de Freud», 1904, *O.C.F.*, vol. VII, p. 262), «perto ou acima dos 50» (in «Sobre a psicoterapia», 1904, *O.C.F.*, vol. VII, p. 274). O problema residiria não só em factores associados ao tratamento (excesso incontrolável de material; prolongamento indefinido da duração de tratamento), mas numa caracterização essencialista: «a elasticidade dos processos mentais, dos quais depende o tratamento, via de regra se acha ausente — pessoas idosas não são mais educáveis» (1904, *idem*). E se para as pessoas jovens, «no outro sentido, o limite de idade só pode ser determinado individualmente», no caso das pessoas que se situam «perto ou acima dos 50», tal indicação de flexibilidade na observação não é proposta; tratar-se-ia, antes, de uma regra geral. Esta limitação associada à flexibilidade ou *rigidez psíquica* seria mais grave na mulher que no homem; e chamaria a atenção de Freud, muitos anos mais tarde: «(...) não posso deixar de mencionar uma impressão que estamos tendo constantemente durante a prática analítica. Um homem nos seus trinta anos parece-nos um adolescente, um indivíduo não formado que esperamos faça pleno uso das possibilidades de desenvolvimento que se lhe abrem com a análise. Uma mulher da mesma idade, porém, muitas vezes nos atemoriza com sua rigidez psíquica e imutabilidade. Sua libido assumiu posições definitivas e parece incapaz de trocá-las por outras. Não há vias abertas para um novo desenvolvimento; é como se todo o processo já tivesse

Esta atitude negativa que possui causalidade idêntica à verificada noutros ramos da produção «científica», ou seja, deixa-se infiltrar por preconceitos culturais e sociais da época, apresenta porém alguns aspectos específicos. Permeada, porventura, por problemáticas pessoais de Freud ⁽¹⁰⁾ e acercando-se de uma visão essencialmente biológica do envelhecimento, coarctou a abordagem da dimensão psíquica e emocional do processo de envelhecimento.

Ao longo da década de 50, inspiradas nos conceitos kleinianos, surgem algumas tentativas encaixadas notoriamente por Hanna Segal, nomeadamente na sua comunicação «Fear of Death: notes on the analysis of an old man» ⁽¹¹⁾.

Nas últimas décadas, começaram a aparecer algumas abordagens psicanalíticas do processo de envelhecimento, sobretudo no quadro teórico do narcisismo, que se impõem como importantes ma-

effectuado o seu percurso e permanesse, daí em diante, insusceptível de ser influenciado (...)» (in «Feminilidade», 1933, *O.C.F.*, vol. XXII, p. 165).

(10) Na obra freudiana não se encontra nenhum desenvolvimento importante no que respeita à psicodinamia do envelhecimento e, no entanto, S. Freud sempre se preocupou com o envelhecimento e a morte. Por exemplo, desde os seus trinta anos, que na sua correspondência surgem várias referências a estes temas. Numa carta a Ferenczi (8/5/1921), por ocasião do seu sexagésimo quinto aniversário, relata: «no dia 13 de Março deste ano quase que dei um passo abrupto na direcção real da velhice. Desde então o pensamento da morte não me deixou e algumas vezes tenho a impressão de que sete dos meus órgãos internos se acham em luta para terem a honra de levar a termo final a minha vida» (in E. Jones, *Vida e Obra de Sigmund Freud*, Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1970, p. 641). Mais tarde, aquando da morte do seu neto, Jones refere que «foi a única ocasião que se soube que Freud derramara lágrimas (...) confidenciou-me que essa morte o havia afectado de uma maneira diferente de todas as outras (...). As outras haviam trazido simplesmente o sofrimento, mas essa havia feito sucumbir alguma coisa dentro dele, e para sempre» (*idem*, p. 652). Todavia descreve o que sentiu pelo falecimento da sua mãe da seguinte maneira: «não estive presente no funeral (...). Esse grande evento afectou-me de uma maneira curiosa. Nenhuma dor, nenhum pesar (...) como o meu irmão mais novo o experimenta no momento» (*idem*, p. 709). Este pessimismo associado ao envelhecimento, à doença e à morte assim como o seu modo de encarar a morte dos próximos constituem, talvez, um dos motivos da inexistência de uma abordagem psicodinâmica do envelhecimento na sua obra.

(11) SEGAL, H., «Fear of death: notes on the analysis of and old man», *Intern. Journal of Psychoanalysis*, 39, 1958, 178-181.

trizes de problematização e de intervenção individual e institucional ⁽¹²⁾.

Contudo, mesmo que a regressão se apresente, por vezes, associada ao processo de envelhecimento, não é, com certeza, um processo universal — algumas pessoas velhas regridem muito, outras menos e outras não regridem mesmo, aproximando-se ao invés, daquilo que E. Erikson denominou de *integridade do ego* (versus desespero) nas suas oito idades do homem ⁽¹³⁾.

Por outro lado, a regressão (eventual) não é também um processo homogêneo, ou seja, as pessoas velhas regridem mais profundamente em certos aspectos que noutros.

E, acima de tudo, o processo não pode ser concebido como linear e irreversível. A regressão não se vislumbrou como um fenómeno estático mas dependendo muito das situações — ecológica, sócio-simbólica, etc. — que envolvem estas pessoas velhas e, por isso, mais correctamente deveria ser formulada como um *processo dinâmico de regressões-progressões*.

Apesar da *gerontofobia* visualizada nos trabalhos de Freud, a revolução freudiana ⁽¹⁴⁾, a meu ver, pode e deve ser retomada ao nível da análise institucional pela observação sistemática dos processos estruturais-dinâmicos (intra-psíquicos e relacionais) susceptíveis de provocar perturbações funcionais na velhice asilada, agravando-lhe o processo normal de envelhecimento biológico.

(12) Refiro-me, em particular, aos trabalhos: de Cl. BALIER, «Elements pour une théorie narcissique du vieillissement», in *Cahiers de la Fondation Nationale de Gérontologie*, 4, 1976, 127-153; de H. BLANCHI, «Travail du vieillir et Travail du Trépas», *Psychanalyse à l'université*, tome 5, 20, Sept., 1980, 613-619; de R. N. BUTLER e M. LEWIS, *Aging and mental health*, Saint-Louis, the C. V. Mosby Company, 1973 e de J. GAUCHER, *Les Aspects Psychologiques du Vieillessement Pathologique*, thèse pour le doctorat em Psychologie, Univ. Lyon II, 1982, 174 pp..

(13) Segundo Erikson, a *integridade* é «a segurança acumulada no ego relativamente à sua predisposição para a ordem e para a expressão. É um amor pós-narcisista do ego humano — e não do eu — como uma experiência que transmite uma certa ordem e sentido espiritual ao mundo (...). É a aceitação do próprio e único ciclo de vida (...) significa assim, um diferente amor em relação aos próprios pais (...). A falta ou a perda dessa integração acumulada no ego é simbolizada no temor da morte», (in *Infância e Sociedade*, Rio de Janeiro, Zahar Editores, 1976, p. 247).

(14) A revolução freudiana pôs em causa o organicismo como ideologia dominante, subjacente ao reducionismo biológico do século XIX, abrindo caminho para a observação sistemática dos processos estruturais-dinâmicos conducentes a perturbações de índole funcional (e não orgânica).

É neste sentido que coloco a hipótese da postura regressiva verificada nas velhas da enfermaria em questão ser, em parte (pois é necessário salvaguardar algumas excepções), induzida e/ou reforçada malignamente pelas estratégias institucionais utilizadas e, em particular, pelo *pragmatismo* (reducionismo biológico) e pelo *familialismo* excessivo.

Para dar credibilidade a esta hipótese focalizarei principalmente a relação tecida entre as velhas desta enfermaria e aqueles cuidadores que mais intensivamente convivem com elas. São mulheres, entre os 30 e os 40 anos, pouco ou nada qualificadas ⁽¹⁵⁾, apresentando uma notória estabilidade profissional, já que trabalham pelo menos há mais de 7 anos e no máximo há 12 anos no mesmo serviço sem manifestarem, no momento actual, o desejo de mudar.

«Aprendi com as colegas e com à prática, vendo como se faz (...). Ganha-se pouco, mas depois de um mês de cá estar tive a possibilidade de me ir embora e recusei, uma internada que cá estava dava-me muito carinho... e se dantes isto era horrível, eram muitas mulheres, no depósito das inválidas, muito carrinho de rodas, muito atrasadas mentais, havia muito acamado, muita miséria e pouca higiene... os colchões eram de palha, o oleado estava todo furado, o chi-chi entrava e impregnava-se. Antes entrava para uma casa escura que agora é branca. Hoje gosto de cá estar. É uma boa convivência».

Empregada neste serviço há 7 anos

«Estamos aqui a lidar com pessoas doentes e não temos preparação... faço o que posso, dentro do que sei (...). (Sugiro-lhe uma mudança profissional). Não, gosto de conviver e brincar com as doentes. Às vezes sinto-me saturada, os serviços porcos, certas doenças... desabafo, mas ao cabo de dois minutos já estou bem outra vez».

Empregada neste serviço há 9 anos

(15) Estas cuidadoras possuem no máximo a 4.ª classe. Nunca participaram num curso de formação profissional e, aquelas em que este não constitui o seu primeiro e único emprego foram em tempos empregadas domésticas ou mulheres-a-dias.

«Primeiro odiei limpar rabos, mas hoje adoro isto. Não, não saía. Ia sentir saudades. Às vezes sinto-me saturada, ... dantes elas andavam assim e assim (imita gestos cambaleantes), babavam-se, havia muitos velhotes, com uma grande barba. Eu chegava a ter medo. E era uma porcaria (...) Eu chorava muito. Aquilo que mais me afligia eram os velhos, havia muitos cheios de feridas, vinham péssimos, desfigurados, moribundos, vinham dos hospitais a morrerem e nós aqui é que os reanimávamos. Agora é que isto está um bocadinho melhor. Às vezes até cá venho vê-las quando estou de folga (...) Noutro dia sonhei que a Il... tinha morrido, vim mais cedo para a ver (silêncio), quando ela desaparecer vamos sentir muito».

Empregada neste serviço há 10 anos

Embora detenham o monopólio das *tarefas an-siogénicas* nesta instituição parecem denegar o contacto com a impureza, com a doença, com a velhice e com a morte que fazem o seu dia-a-dia há alguns anos.

Retirar as velhas da cama, vesti-las, lavá-las, perfumá-las, penteá-las, alimentá-las, deitá-las, dar-lhes a medicação a horas, em suma, carregá-las de todos os signos de vida e de saúde, caricaturar uma espécie de existência humana, constitui uma *resposta defensiva* face à penosidade das suas funções.

Do mesmo modo, ou seja, defensivo, através de frases tais como: «não te deixes abater», «não penses nisso», «isso passa, vais ver que amanhã já estás melhor» ou «eu já venho, tenho que ir depressa à (...)», estiolam parte da comunicação da velha, no momento em que algo de importante se anseia dizer...

O *reducionismo fisiológico* e o *silêncio fóbico*, estratégias de defesa postas em prática por estas cuidadoras, ao mesmo tempo que as protegem, queimam, por assim dizer, algumas etapas em direcção à demência, nas mulheres velhas.

À cumplicidade que une a caricatura ao silêncio sobrepõe-se a *infantilização excessiva*.

A frequência das terminações em «inho» utilizadas prementemente tanto por empregadas como internadas, a linguagem que ronda o diálogo entre mães e bebés («a água está quentinha»; «fecha os olhinhos»; «levanta este pezinho»; «ái, vais ficar toda muito bonitinha quando acabar o banhinho»;

«olha o cão, olha que vêm aí os cães maus se não comeres a sopinha»), as metáforas de certas zonas corporais («a passarinha», «a pombinha», «o rabi-osque») costumeiramente aplicadas ao corpo de uma criança, as intimidades e os jogos habitualmente encontrados entre mães e filhos (embalar, cantarolar, pôr ao colo, dar miminho, ralhar) mostram a substituição dos cuidados de higiene exercidos pela cuidadora sobre o corpo da mulher velha pelos cuidados fornecidos pelas mães aos seus filhos bebés.

Este *deslocamento partilhado* e aceite por empregadas e internadas, fonte de fruição para ambas, realiza, a meu ver, importantes *funções inconscientes*.

Quando questionava estas cuidadoras acerca dos cuidados de higiene prestados a estas mulheres velhas, retorquiam-me repetidamente:

«É como se nada fosse. Mexo-lhes como um objecto, podia dar-me uma reacção de medo, mas não tenho problemas. Não sinto nada. Faz de conta que estou a tratar da minha filha, é como se fossem bebés...».

Este exemplo é paradigmático do mecanismo de defesa utilizado. Poder-se-á dizer que no imaginário da empregada o *corpo* da velha mulher surge como duplamente *tabu* — enquanto corpo de uma outra mulher e enquanto corpo de uma mulher que poderia ser sua mãe. Exige assim o deslocamento em corpo de bebé e, desta forma, afasta a *ameaça da homossexualidade feminina* e, por último, a sua modalidade incestuosa.

Porém, paralelamente a esta substituição do corpo da mulher velha pelo corpo de um bebé, as entrevistas com as cuidadoras permitiram apurar novas equiparações e, nomeadamente, a *assimilação da velha a um familiar* da cuidadora da *geração anterior* (uma mãe, uma avó, etc.).

«É como se fôssemos família. A Mj... lembra-me a minha avó, aquele jeito, vê-se bem que trabalhou no campo, o cabelinho branco sempre penteado para cima, ou com aquele lenço que lhe dei no último Natal...».

«Podia ser minha mãe, ou minha avó... às vezes estou aqui, sabe Deus como, a tratar das senhoras, e tenho as ideia na terra, pobrezi-

nha da minha mãe quase tão doente como elas...».

Como comecei por dizer, a cuidadora ocupa uma posição de mãe, no entanto, enquanto mãe, não se dirige apenas a uma criança mas também a uma mulher que poderia ser sua mãe. O corpo da velha mulher, *substituto fantasmático* do corpo da mãe da cuidadora, envolvido pelos cuidados maternalizantes que esta lhe fornece, coloca-a numa *posição simbólica* de ser mãe da sua mãe, remetendo-nos certamente para o *primado do fantasma*, porém, subjacente e *estruturante* da relação apurada entre empregadas e internadas.

Esta atitude maternalizante das cuidadoras parece também possuir, por vezes, um *valor reparador e desculpabilizante* face a alguns familiares que, ao longo da sua vida, foram inconscientemente mal amados.

Não pude, ainda, deixar de notar que o tema da velhice era constantemente aflorado entre estas cuidadoras ou ressurgia ao jeito de um desabafo no diálogo que travávamos diariamente:

«Quando for velha quero ter o dinheiro para o passe e vou dar uma volta. Se calhar ainda sou pior que elas».

«Já estou aqui, a aguardar vaga para a terceira idade...».

«Gosto muito dela (internada). Eu sei lá se me hão-de acarinhar. E os netos, se calhar não nos ligam nenhuma...».

«Coitadas, antigamente faziam a vida como nós, sei lá, talvez melhor que nós, sei lá o que me pode acontecer...».

«Tenho muito respeito por elas. Lembra-me que posso vir aqui parar...».

A sua proximidade com estas velhas mulheres muito degradadas e equiparadas a figuras parentais parecia proporcionar a *reactivação de angústias infantis* (de morte, de desprotecção, de abandono).

Por outro lado, a situação familiar actual destas cuidadoras, intuída através das histórias de vida, apontava para a existência de pais «reais», descritos

como «fracos», «vulneráveis», «dependentes», «doentes» e, por outro lado, para relações conflituais com os seus filhos adolescentes, desejando manter os pais no seu papel de figuras parentais («não me ouvem», «às vezes tento falar com a minha filha, mas ela sabe mais do que eu», «dantes, parece que nos dávamos mais com os nossos pais»). Ao deixar-se enredar na situação familiar real e fantasmática esta cuidadora apenas podia viver-se como mãe dos seus filhos e mãe dos seus pais (reais ou substitutos), auto-liquidando o seu estatuto de criança.

Este medo do que lhe poderá acontecer quando envelhecer, de não receber afectos e cuidados, parecia estar relacionado com esta *perda de referências narcísicas, mágicas, protectoras* que as figuras parentais actuais (reais e substitutivas) não permitiam ver projectadas.

Através de uma *fantasia* mágica fortemente *preventiva*, conduzindo-se como desejaria, um dia mais tarde, que alguém se posicionasse face a ela própria, a cuidadora reencontra ainda uma infância perdida.

Pelo cruzamento inconsciente de múltiplos fantasmas neste microcosmos renovava-se assim a *ilusão de um reino entre mães e filhas* — promessa de um reencontro com o que da mãe, indefinidamente nos convida mas, em contrapartida, articulação instável e perigosa porque propiciadora da *regressão maligna* da velha institucionalizada.

Esta postura regressiva traduz-se ainda numa terceira dimensão de patogenia institucional: a *paranoidização da relação da velha com os seus pares*.

«Estava mesmo a pensar em si. Chegue cá que eu quero contar-lhe uma coisa...»; seduzem, depois baixam a voz — e queixam-se compulsivamente das suas vizinhas.

«Deve andar atentada. Ela batia no pai e na mãe. Maldita mulher. Isto é obra do demónio. Deviam pô-la na prisão ou numa casa de doidas e não num hospital. Porque ela não é maluca de todo, é má. A gente acarinha-a e ela arranha, bate, rasga, parece um cão. Eu aviso logo para se afastarem dela quando as pessoas passam».

«Preciso de ir apanhar ar. Este cheiro a chichi e a cócó... falta-me o ar (...) está ali

uma mulher que passa a noite a gritar. Anda por debaixo das camas a rastejar e é má, morde as pessoas».

«Que cheiro, a mulher cagou e não a limpam. Isto enfada (...) Dêem-lhe uma lambada, amarrem-na. Atura-se muito aqui...».

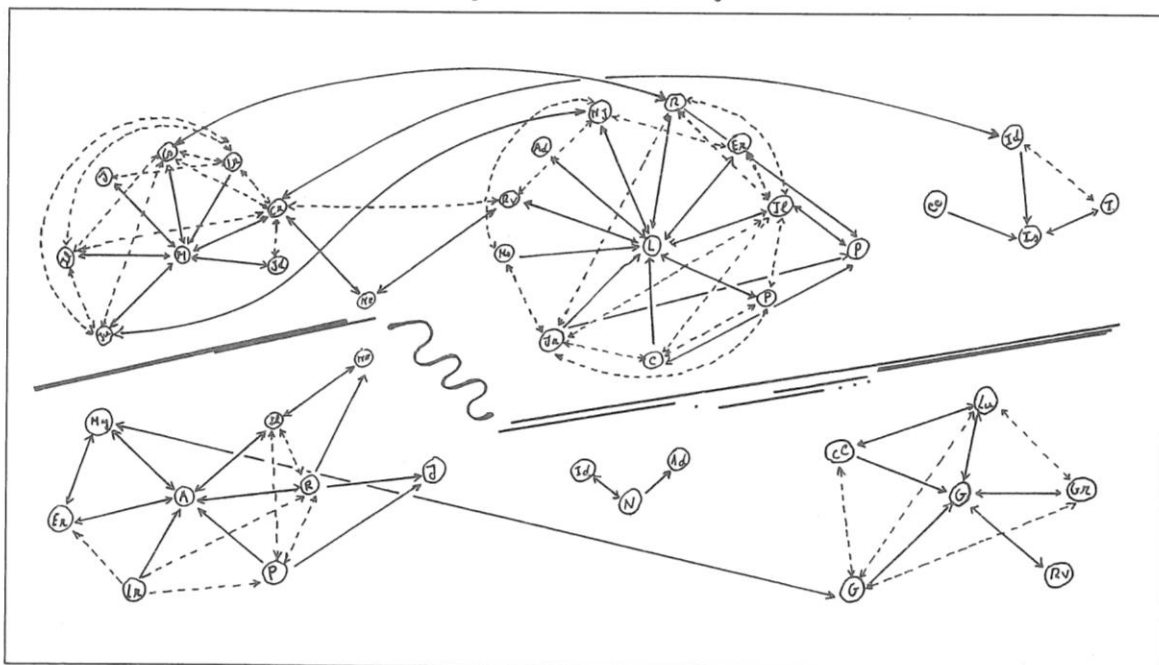
«Parecem umas cadelas desenfreadas, a prometerem-se males. Que partas a perna. Que caias. Por tudo e por nada, eu sou mais do que tu, eu tenho dinheiro, eu fui mais importante, eu estou aqui e não preciso — e não são malucas. Mexem nas coisas umas das outras e depois dá briga, enciumentam-se com as senhoras (...) Não ligo, não as ouço mesmo quando me dizem um defeito, tenha ou não tenha, não ligo».

Do diagrama seguinte ⁽¹⁶⁾ representando as relações de afastamento e de aproximação neste universo sobressai que:

- a) as relações de aproximação são muito mais reduzidas, numericamente, do que as de afastamento;
- b) as formas de sociabilidade ressentidas entre as internadas parecem ser estruturadas pelas relações preferenciais que se estabelecem entre as velhas e as suas cuidadoras; assim,

(16) O sociograma apresentado foi construído através da observação directa das modalidades de interacção na enfermaria em questão, da indagação de relações preferenciais e das antipatias, no contexto da entrevista individual, assim como por intermédio da aplicação de algumas técnicas sócio-métricas (afastamento e proximidade espacial, por exemplo).

DIAGRAMA DAS RELAÇÕES DE APROXIMAÇÃO E AFASTAMENTO



CÓDIGO - - -> relação de afastamento
 —> relação de aproximação

M., L. e Is. (empregadas) pertencem a um turno
 A., N. e G. (empregadas) pertencem a outro turno
 Me, J. e P. (enfermeiros)

as relações de afastamento intensificam-se no seio de grupos de internadas polarizadas à volta de um mesmo cuidador enquanto que as relações de aproximação se desenrolam geralmente entre internadas pertencentes a nuvens de concentração distintas (de pólos diferentes);

- c) o funcionamento por turnos repõe uma nova organização interaccional do universo internado regendo-se, porém, sempre por uma mesma característica — o facto de ser estruturado por uma relação com terceiros (cuidadores).

É à luz deste sociograma que se coloca a hipótese de o *sobre-vestimento maternalizante* das cuidadoras no seio de *díades de eleição* (duos preferenciais) fomentar a *triangulação paranóide* da velha com as suas rivais, que se expressa na frequência de sentimentos de ciúme, de rivalidade, de inveja e em explosões de raiva narcísica ⁽¹⁷⁾ observados nesta enfermaria.

«O mais ruim para mim (...); camisas de flanela para aquela e para mim não há nada. Para mim é sempre o mais fraco, escolhem-me sempre o pior».

«Tu não me deste. Deste àquela e não me deste a mim».

«Sou sempre a ovelha ranhosa. Já não me passam cartão. Estão sempre a dizer a C...inho, a C...inho, mas depois sou sempre a última».

«— sua badalhoça, porca (grita a Lu... para a Gr... que a ultrapassou na bicha do banho).

— Então Lu...inha o que é isso? (pergunta-lhe a empregada G...).

— Vista-lhe também as cuecas. Eu tenho oitenta e tal anos e visto-me sozinha (retorquiu a L...).

— Na próxima semana, você é a primeira, tá bem?

— Eu gostava de ter um relógio para ver o tempo que leva comigo e com ela. Na outra

vez, se não for a primeira vou lá para baixo e não tomo banho (rumina a Lu...)

Os dados de observação apresentados permitem construir a hipótese de que as duas estratégias institucionais analisadas constituem uma *resposta não-elaborativa* às angústias de morte e de separação, omnipresentes nesta enfermaria.

A projecção inconsciente do fantasma no agir processa-se por duas vias: *pelo pragmatismo*, que funciona como uma forma de rejeição inconsciente das necessidades da «alma» da velha mulher da qual, a breve trecho, a cuidadora se virá a separar, a qual é acompanhada de um *sobre-vestimento dos cuidados corporais*; e, numa segunda via, pelo *sobre-vestimento maternalizante* que opera como uma sobre-protecção, compensatória da rejeição inconsciente atrás referida.

Os efeitos de *patogenia institucional* (o impensado e/ou denegado deste clima institucional) parecem ser potenciados pela coexistência destas duas estratégias que se articulam, como vimos, na sua economia latente.

Assim, a *paranoidização* verificada entre as velhas internadas surge não apenas como resposta inconsciente à rejeição narcísica, própria do pragmatismo, como também resulta da formação de díades preferenciais entre velhas e cuidadoras que, ao incrementarem as *emoções negativas primárias* (de ciúme, rivalidade, inveja, raiva, etc.), projectadas também sob a forma de *medos corporais arcaicos*, criam um quadro de «luta-fuga» (Bion) de tipo paranóide na rede de relações entre pares.

A mesma condensação de estratégias pode estar também na origem dos *delírios familialistas* das velhas, na medida em que estes podem ser pensados, por um lado, como compensação dinâmica da rejeição institucional inconsciente (inerente ao pragmatismo) pela recuperação delirante das gratificações do mundo externo-passado, perdido, E, por outro lado, como uma generalização, a esse mundo externo/passado, do *delírio institucional familialista* (das cuidadoras) iniciado na psicodramatização dos cuidados maternos, no seio das díades de eleição.

O que foi dito leva-me a concluir sobre a dimensão não-elaborada e esmagada do psiquismo das velhas pelas suas cuidadoras: o *narcisismo associado à autonomia e à sublimação* (a integridade de Erikson) substituído através destas estratégias institucionais por um *narcisismo anaclítico* e

(17) KOHUT, H., «Thoughts on narcissism and narcissistic rage», *The Psychoanalytic Study of the child*, 27, 1972, 360-400.

por um *narcisismo* decorrente do *trunfo* libidinal da velha sobre os seus pares rivais.

*
* * *

A investigação institucional a que procedi conduziu-me à hipótese de que, a coberto de algumas *ideologias tradicionais* — o pragmatismo, o familiarismo, etc. — ⁽¹⁸⁾ certos tipos de instituição são governados por *estratégias inconscientes* que bloqueiam qualquer *reflexão institucional* e/ou pesquisa de *estratégias alternativas* mais apropriadas à prossecução dos *objectivos institucionais* manifestados e/ou pressupostos.

Esta irreflexão sobre as estratégias institucionais origina a modelação de um agir espontâneo — um «*acting-out institucional*» — que parece induzir os *efeitos de patogenia* observados nas velhas

internadas e produzir uma *sub-cultura institucional maníaca* ou seja, um clima de auto-satisfação com evacuação da angústia de morte e de separação, bem como uma elaboração positiva do narcisismo das cuidadoras. Este segundo aspecto prende-se também com a *autarcização* narcísica dos *operadores institucionais* e, por corolário, com a anulação do papel orientador dos níveis mais elevados do staff institucional.

Decorre da própria análise que não possuímos outra sugestão para a modificação positiva das estruturas comunitárias de apoio à Terceira Idade senão aquela que substitua uma estratégia de *auto-satisfação institucional*, movida por *estratégias inconscientes*, situadas essencialmente ao nível dos cuidadores directos e das quais resultam os *efeitos de patogenia institucional* referidos, por uma estratégia de *reflexão e investigação institucional* em que a análise de *estratégias alternativas* e dos seus efeitos se localize, ao nível do organigrama, na direcção, constituído por técnicos preparados para orientarem uma *pesquisa correctora* da diferença entre os resultados pressupostos e os resultados realmente verificáveis, conducente à *operacionalidade* destas instituições (Ver Quadro 2).

(18) Cujo cunho «delirante» não analizarei aqui na medida em que esse trabalho tem vindo a ser feito no contexto da História das Ideias e das Mentalidades.

QUADRO 2
Estratégias de auto-justificação e de auto-correcção institucional e seus efeitos — Patogenia versus Operacionalidade

	Suportes culturais	→	Estratégias institucionais	→	Tipo de elaboração institucional	→	Objectivos institucionais	→	Resultados institucionais
Estratégia de auto-satisfação institucional	Ideologias indutoras (justificadoras)	→	Estratégias inconscientes (α)	↔	«Acting-out» institucional	→	Objectivos institucionais latentes	→	Resultados verificáveis
Estratégia de reflexão institucional	Investigação institucional (correctora)	→	Estratégias alternativas (β)	↔	Reflexão institucional	→	Objectivos institucionais manifestados e/ou pressupostos	→	Resultados pressupostos

(α) — *Patogenia institucional* (denegação da diferença entre resultados pressupostos e resultados verificáveis, mas não verificados).

(β) — *Operacionalidade institucional* (pesquisa correctora da diferença entre resultados pressupostos e resultados realmente verificados).