

A hospitalização como agente desencadeador do desamparo no paciente idoso internado

Dalila Fátima Freitas*, Kátia da Silva Wanderley**

Resumo

O presente trabalho refere-se ao atendimento psicológico de um paciente idoso internado na enfermaria do Serviço de Geriatria e Crônicos do Hospital do Servidor Público Estadual Francisco Morato de Oliveira. Trata-se de uma paciente de 69 anos, do sexo feminino, internada na enfermaria de geriatria em razão de fraqueza intensa e falta de ar, sem comprometimento auditivo, psíquico, cognitivo, bem como ausência de distúrbio de linguagem, para que a coleta de dados e, conseqüentemente, a conclusão dessa pesquisa não fossem comprometidas. Utilizou-se o método de entrevista semiaberta, obedecendo-se aos preceitos éticos e preservando-se a integridade da paciente. Com base norteadora num referencial psicanalítico, o presente artigo propõe uma reflexão sobre o desamparo do paciente idoso internado. Como o desamparo é inerente à condição humana e é regido por sucessivas perdas que nos acompanham durante nossa existência e se agravam com as doenças e suas conseqüentes sequelas, promovemos uma reflexão quanto à forma de abordagem ao paciente idoso pela equipe, pois a forma

de atuação dos profissionais durante sua hospitalização é uma variável significativa no aumento ou no alívio do sentimento de desamparo. O resultado mostrou que o impacto da hospitalização e a instalação da doença como uma situação de crise fragilizam o indivíduo idoso e abalam seus recursos psíquicos construídos ao longo da vida. Portanto, a conduta acolhedora pela equipe constitui-se em diferencial significativo na hospitalização do idoso internado.

Palavras-chave: Desamparo. Idoso. Hospitalização.

Introdução

Encontramos no Brasil uma população idosa que chega a quase 15 milhões. A maior parte dela vive em grandes metrópoles; em São Paulo, chega a aproximadamente um milhão e quatrocentos mil idosos. (BARROSO, 2006). Segundo Pacheco Filho (2002, p. 71): “É uma população que se caracteriza como

* Psicóloga. Aprimoranda em Atendimento Interdisciplinar em Geriatria e Gerontologia do Hospital do Servidor Público Estadual. Endereço para correspondência: Rua Nunes Garcia, 101, apto. 52, bairro Santana, CEP: 02402-010, São Paulo - SP. E-mail: dalilafatima@yahoo.com.br

** Psicóloga graduada pela Universidade Paulista. Doutora em Psicologia Clínica pela Universidade de São Paulo. Chefe da Sessão de Psicologia do Hospital do Servidor Público Estadual. Professora das Faculdades Metropolitanas.

↳ Recebido em janeiro de 2010 – Avaliado em março de 2010.

↳ doi:10.5335/rbceh.2010.024

marginalizada e estigmatizada numa sociedade ofuscada pela busca compulsiva de sucesso individual e de corpos perfeitos; uma sociedade que além do mais não tolera faltas, limitações e as incompletudes inerentes à existência humana”. Percebe-se que o velho está tão incluído quanto excluído, deslocando-se do passado, em que tinha um lugar de destaque, por ser o de detentor do saber, para atualmente, quando ocupa um espaço socialmente determinado.

De acordo com Ponte (1996), o envelhecimento acontece desde o nascimento do indivíduo e se estende até a sua morte, num processo irreversível e constante. Paschoal (1996) considera que, desde que não envelheçam, a longevidade é esperada pela maioria das pessoas. De forma pertinente, Goldfarb (1998, p. 23) refere que não reconhecemos a velhice como sendo nossa, concluindo, então, que “o velho é sempre o outro”.

Segundo Messy (1992), o estar vivo é um permanente estado de envelhecimento. Bianchi (1993) concorda com a ideia e acrescenta que o envelhecer é escrever uma história de vida singular e própria de cada indivíduo.

Alberto (2002) nos mostra que, quando o idoso adoece e acontece a internação, depara-se com um indivíduo que muitas vezes já vem com o estigma da velhice, sendo, assim, um banido da sociedade, um sujeito que já vive um processo de perda constante da sua cidadania, o que afeta o seu existir.

Invadido por um sentimento de impotência diante do adoecer, o idoso altera sua rotina de vida, deixa de ser aquele que controla e passando a ser mais pas-

sivo, de ser cuidador para ser cuidado. A doença instalada favorece o surgimento de fantasias que geram angústia diante do diagnóstico, do tratamento proposto e do prognóstico. Portanto, a doença vem como um estranhamento, desorganizando o processo dinâmico de existir. O impacto do diagnóstico favorece fantasias e sentimentos de impotência, que geram medos em virtude da invasão dos limites corporais decorrente da perda de sentimento de invulnerabilidade. (CHIATTONE; SEBASTIANE, 1991).

Até que ponto estamos preparados para a velhice? A vida é dura e muito difícil; assim, o desamparo aparece como uma sensação associada à ausência de recursos psíquicos e/ou recursos do meio para enfrentar esse novo estado, o “ser velho”; à incapacidade de lutar contra o que faz parte do seu ser, como um processo contínuo de transformação, o envelhecimento. Esse desamparo pode levar o indivíduo idoso à dependência do outro, numa tentativa de buscar garantia para se sustentar e para se proteger.

Conforme Py e Trein (2004, p. 109), “a busca da eterna juventude é uma busca da eternidade, que esbarra na irreversibilidade da velhice e na inexorabilidade da morte”. Py (2004, p. 118) descreve que “a construção teórica da experiência do desamparo foi sendo desenvolvida ao longo da obra de Freud desde a primeira publicação, o Projeto para uma psicologia científica”. O autor fala da incapacidade psicomotora no decorrer de sua existência, pois, cada vez que o sujeito se depara com uma situação de perigo, no caso a doença, surgem o desamparo e a busca por aju-

da. Segundo Pellegrino (apud PY, 2004, p. 120), “um naufrago, num mar proceloso, se aferrará à sua tábua de salvação na proporção direta do tamanho das ondas que o ameaçam”. Laplanche e Pontalis (2004, p. 112) definem desamparo como

termo de linguagem comum que assume um sentido específico na teoria freudiana. Estado do lactante que, dependendo inteiramente de outrem para a satisfação das suas necessidades (sede, fome), é impotente para realizar a ação específica adequada para por fim a tensão interna. Para o adulto, o de desamparo é o protótipo da situação traumática geradora de angústia.

Birman (1999, p. 43) indica que “[...] o discurso freudiano colocou a figura do desamparo no fundamento do sujeito [...]”. Assim, na modernidade podemos pensar nesse desamparo como uma falta de garantia, algo para se sustentar, podendo levar à dependência do outro.

De acordo com Py (2004, p. 118), “a construção da experiência do desamparo foi sendo desenvolvida ao longo da obra de Freud desde a primeira publicação, o projeto para uma pesquisa científica no qual ele fala da incapacidade psicomotora do recém-nascido fundando aí a noção de desamparo”.

O recém-nascido precisa de cuidados, do contrário perece e morre. Cria-se, então, uma necessidade suprema de ser cuidado e amado, fato que acompanhará a criança no percurso de sua vida. Evidencia-se, assim, a dependência extrema de um ao outro para a sua sobrevivência, não só diante dos perigos que acometem o existir, mas também quanto à saúde psíquica do indivíduo, ou seja, podemos pensar que a necessidade de ser amado

e desejado acompanha o ser humano durante toda sua vida. Podemos, pois, dizer que existimos perante o desejo do “outro”.

Martins (1998, p. 57) referencia Freud, que, em *Mal estar da civilização*, afirma que “o desamparo vem como o contraponto da onipotência, ou do desejo de onipotência. Também vamos encontrar referências em Um futuro de uma ilusão, luto e melancolia, e outros”. Para Laplanche e Pontalis (apud PY, 2004, p. 120): “Desse modo o idoso doente pode chegar a um lugar subjetivo onde não mais consiga dominar as tensões e, então nelas se encontrar submerso.”

As questões aqui ressaltadas por esses autores caminham lado a lado no momento da hospitalização, deixando muitas vezes marcas profundas. Pensando que o desamparo faz parte da condição humana, iniciando-se no nascimento e perdurando por toda a existência do ser humano, acreditamos que essa travessia poderá ser menos impactante e dolorosa se esse idoso adoentado e hospitalizado tiver um olhar e um acolhimento significativo. Por isso, promover uma reflexão entre os profissionais da saúde sobre esse paciente tão peculiar poderá ser um facilitador para um reequilíbrio e remanejamento de sua nova condição.

No transcorrer dessa experiência clínica o paciente vai nos mostrando o quanto a hospitalização representa na sua vida, onde busca garantia para sustentar seu aparelho psíquico; o quanto ela não consegue ver a própria velhice; o quanto essas questões vêm para traduzir esse desamparo, que só não é trágico porque existe uma equipe atenta e mo-

bilizada para essas questões e também a família, que estabelece com o paciente um forte laço afetivo.

Metodologia

A pesquisa foi realizada na Enfermaria de Geriatria e Crônicos do Hospital do Servidor Público Estadual Francisco Morato de Oliveira. O estudo de caso tratou-se de uma paciente idosa internada, 69 anos, do sexo feminino, sem comprometimento cognitivo, auditivo ou psíquico. Trata-se de um trabalho qualitativo no qual foi utilizada entrevista semiaberta para a coleta de dados, como também observação simples. Foram realizados dez atendimentos no período de um mês, todos realizados no leito.

Os preceitos da ética foram obedecidos, tendo-se encaminhado o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa desse hospital, o qual se encontra registrado e arquivado junto ao CEP/IMSPE sob o nº 089/2008. A paciente foi informada sobre o objetivo da pesquisa, bem como sobre o caráter sigiloso e confidencial das informações prestadas, sendo solicitada sua assinatura no termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Discussão e resultados

Clara (nome fictício), internada na enfermaria da Geriatria e Crônicos do Hospital do Servidor Público Estadual, durante os atendimentos psicológicos mostrou-se receptiva, estabeleceu relação de confiança com o profissional e sempre se expressou com espontaneidade. Foram abordados os seguintes aspectos: dinâmica familiar, profissional,

finitude, luto da vida em vida, desamparo e velhice, pontos que abordaremos com mais detalhes ao longo desse material clínico desenvolvido. Recortes de alguns fragmentos tentarão ilustrar a caminhada dessa paciente durante o momento da internação.

Clara, natural de Sergipe, 69 anos, viúva, cinco filhos, católica, mora com uma das filhas, uma neta, de quem fala com muito carinho, e um bisneto. Com dezesseis anos veio de trem para São Paulo com a família a pedido do irmão mais velho, que lhe havia conseguido um trabalho de doméstica na casa do seu patrão.

A viagem de trem levava oito dias, chegando a São Paulo em agosto de 1956. Clara trabalhou desde os dezesseis anos como empregada doméstica, só parando para se casar, cinco anos mais tarde. Conheceu o marido no parque Ibirapuera, num dos passeios que fazia durante as tardes livres, iniciando o romance, e assim se casaram.

Lembra que o marido sempre foi uma pessoa muito boa para ela e seus filhos.

Ele, quatorze anos mais velho, quando apresentado à sua família [...]. Olharam torto [...] o que ele tinha visto numa negrinha baiana feito eu!, mas ficamos casados até o final. Além de mais velho, ele também se vestia muito bem, sempre muito chique. Meu pai ficou olhando atravessado. Ele, mineiro, morava com os pais e uma irmã em Botucatu. Tinha de trinta a trinta e quatro anos, imagina quatorze anos mais velho que eu. Em São Paulo morava numa pensão [...]. Eu acreditei que ia dar certo como deu. O namoro durou dois anos e meio, após o casamento parei de trabalhar porque o que ele ganhava dava pra manter a casa. Ele sempre foi um bom profissional. Era pintor e, como tinha

muitos serviços, contratava outros funcionários, que trabalhavam pra ele. Em casa nunca faltou nada, o que ele ganhava dava pra manter nosso sustento. Aí veio a doença (*pausa na fala*), morreu de Alzheimer, (*pausa na fala*), uma doença triste. Quando ele morreu, fui levando o barco até hoje.

O discurso acima nos permite perceber um forte laço de afeto com o marido, que diante das adversidades da vida pôde lhe dar um suporte afetivo significativo. Quando o marido morre, ela se sente à deriva na vida, mas consegue “levar o barco” e não perecer. Ele, marido presente, parte deixando um vazio, luto do marido – desamparo que vai sendo preenchido quando ela ajuda a criar a neta, com quem vive até hoje e de quem tem imenso carinho. A neta faz com que se sinta amada, e a necessidade de ser amada e cuidada é que dá sentido à vida. A relação com o outro (a neta) é de grande significado, pois o ser humano só sobrevive porque o outro o deseja. Nesse sentido, a neta vem para reavivar este olhar. Ela tem um papel fundamental para que a paciente tenha conseguido sobreviver.

Evidencia-se aqui a dependência extrema do outro para a sua sobrevivência, não só diante dos perigos concretos da vida, como também da própria vida psíquica do indivíduo, já se fazendo aqui presente a experiência do desamparo.

Dinâmica familiar

A paciente reside com uma das filhas, a neta e um bisneto. Cita que não tem problemas em casa e que é tratada com muito carinho e zelo. Também diz que ajudou a criar a neta, hoje com vinte

anos, a qual também tem por ela imenso respeito.

Com o passar do tempo precisou de maiores cuidados. Hoje chega a mentir sua idade dizendo “velha nem pensar, velha eu não sou, digo sempre que tenho cinquenta e nove anos [...]”. Num único momento fala dos outros filhos, referindo-se a eles como pouco presentes, não colaborativos, ficando sua filha com toda a responsabilidade pelo seu tratamento.

Atualmente, quando está em casa, conta com a companhia da neta, que atualmente está desempregada. Clara sempre teve uma vida bem ativa, pois participava de um grupo de terceira idade próximo a sua residência, gostava de viajar, dançar. Porém, com a mudança de residência e a necessidade de maiores cuidados em virtude da instalação de múltiplos problemas de saúde, sua vida mudou, e a filha com quem reside não a deixa mais sair sozinha. Clara sente dificuldades em voltar às atividades de que tanto gostava; assim, a dependência se instala.

Apesar de termos como identificador da velhice o marcador cronológico, podemos articular que ela não é somente uma simples cronologia, ou uma passagem pelo tempo. A velhice demonstra ser mais um acúmulo de eventos físicos, sociais, funcionais e psicológicos, com um percurso pessoal e próprio, ou seja, uma soma de várias características, colocando-se neste contexto os aspectos biopsicossociais.

Vieira (1996) e Lopes (2000) concordam que a velhice é, de fato, um processo dinâmico e progressivo, que se inicia desde o nascimento e no qual

mudanças morfológicas, funcionais, bioquímicas e psicológicas vão determinar a perda das capacidades adaptativas do indivíduo no seu meio. Esse percurso é, na verdade, muito individual, o que nos impede de dimensionar a velhice por uma simples cronologia, mas por uma série de particularidades de cada indivíduo, considerando-se onde estão incluídos tais aspectos.

Podemos pensar que Clara só se percebe velha quando seu corpo não possui mais o vigor físico, acarretando-lhe uma perda funcional significativa, que a impede de viajar, dançar, sair. Ela não pode mais se valer da força que tinha aos “cinquenta e nove anos”, idade que afirma ter quando lhe é perguntado.

Também aqui vemos uma questão narcísica ser apresentada, visto que o culto à beleza e à saúde na contemporaneidade é questão muito valorizada, reafirmando que se precisa ser objeto de desejo de outro para se sentir amado e cuidado. Mais uma vez, portanto, podemos pensar no desamparo. Ao pensar que o sujeito se constitui como um ser social a partir das relações afetivas que vai estabelecendo com o meio ao longo de seu desenvolvimento, não podemos deixar de falar do narcisismo como um elemento fundamental para a constituição da identidade do sujeito no mundo.

Freud (1980), em seu trabalho “Para introduzir o narcisismo”, relata que o bebê colocaria a si mesmo como objeto de seus próprios investimentos, bem como seus pais, e que com o decorrer dessa vivência surgiria a percepção de uma realidade externa a essa relação tão particular. A partir dessa troca de in-

vestimentos, internos e externos, é que o sujeito vai se estruturar e conduzir suas relações interpessoais ao longo de sua vida. Daí a importância do modo como ela vai estabelecer essa troca e de quais recursos internos vai construir ao longo de sua história para poder se inserir no contexto do ser e existir. Dessa forma, podemos pensar que, de fato, desde o início de nosso desenvolvimento o ambiente que nos cerca tem um papel fundamental e que somos permanentemente afetados por ele no decorrer de nossa vida. Desconsiderar os estímulos externos e internos seria negar o campo das relações sociais que vão se estabelecendo ao longo dessa trajetória. Portanto, torna-se compreensível pensar que o idoso vá retratar a fragilidade, a incapacidade e a tão proximidade da morte.

A velhice como um lugar que tanto negamos, usando toda a tecnologia possível de que dispomos para mascará-la, só nos faz perceber como é difícil a percepção e aceitação do indivíduo idoso como capacitado no campo social, pronto para novos investimentos no campo afetivo.

Dados acerca da internação

Clara foi internada por duas vezes. A primeira internação aconteceu em 2007, por insuficiência cardíaca congestiva, diabetes mellitus e hipertensão arterial. Nessa ocasião ficou internada por trinta e dois dias. Refere-se ao momento da hospitalização como difícil, apesar de na época ter a presença constante da filha com quem reside. O fato de ter tido uma internação (segundo a paciente) tão longa deveu-se a ter adquirido séria

infecção no ouvido, o que comprometeu seu estado de saúde, acarretando uma depressão pós-alta.

A segunda internação ocorreu no início de 2008, em razão de um mal-estar que a acometia fazia oito dias, com fraqueza intensa, tosse seca e falta de ar. Clara relata: “Estava me sentindo muito cansada, vim pro OS. Quando o médico disse que iria me internar, fiquei meio mole, chorei [...] tinha mais de quinhentas pessoas. Deus me livre, a enfermaria tem 11 camas, mais de dez macas no corredor esperando vaga [...]. Deveria ser um lugar mais amplo. Aí vim pra geriatria [...]” Sempre muito preocupada com a paciente com Alzheimer ao lado de seu leito, Clara diz: “É duro chegar assim. Ela não come nada desde ontem. Preciso falar com a enfermeira, ela está tão fraquinha.”

Clara destoa desse quarto, pois todas as outras pacientes têm Alzheimer ou síndrome demencial, ao passo que ela se mostra sempre muito atenta e preocupada com a alimentação e com o estado delas. Hoje, porém (quinto dia de atendimento), parece mais triste e diz: “Ontem à noite ela chegou e morreu hoje de manhã, não deu tempo de fazer nada. Agora somos três [...]” Parecia assustada e ainda completou: “Vê só, tão morrendo, podia ser eu. A gente fica chateada, né, todo mundo aqui doente desse jeito [...]” Podemos pensar que aqui Clara revive toda a vivência que teve durante o período de doença do marido, também acometido pelo mal de Alzheimer, o que torna ainda mais evidente a fragilidade diante da hospitalização na qual se encontra. “É ruim, não poder fazer nada, a

hora não passa [...], é muito triste tanta gente doente [...]”

Diante da internação podemos perceber que a paciente demanda um acolhimento com o intuito de reestruturar seu ambiente interno, abalado pelo impacto da hospitalização; ela se sente assustada e temerosa quanto às vivências sobre as quais não tem controle nesse momento. Na internação a crise é instalada, existe um conflito consigo mesma, pois ela não se reconhece naquele corpo, a saúde não lhe pertence mais; há o conflito com o ambiente, referindo-se ao hospital como um lugar estranho e pouco afetivo. Ela se depara com uma situação de perigo e sobressai-se o desamparo, demandando um pedido de ajuda.

Como a velhice se traduziu com uma carga negativa, tanto que a paciente nega ser velha, podemos pensar sobre quais recursos internos ela construiu ao longo da vida. Fala também da finitude, da morte – “morreu hoje de manhã não deu pra fazer nada agora somos três”. Diante de tantas falas alusivas ao desamparo, tornou-se difícil escolher uma que mais se aproxime de tal vivência. O momento da internação, a consciência de que um dia tudo termina, reacende o desamparo intrínseco à condição humana. E aqui aparece com muita clareza o desamparo originário, levando a que, como na fragilidade de um bebê, precise de cuidados de outro, o que agora revivido.

“É muito triste [...] é uma tristeza a gente escutar o outro gemer o tempo todo e não poder fazer nada...”]; “Só é bom quando Deus manda um anjo que nem você pra conversar com a gente [...]”. A possibilidade de ser ouvida, de poder

expressar suas angústias, temores e indecisões a respeito da temática que ali a cerca contribuiu para que a travessia pela hospitalização fosse mais serena. Clara, de fato, pôde se beneficiar dessa escuta.

Considerações finais

Ao término dessa prática clínica, fica claro que o adoecimento pode gerar uma quebra do equilíbrio, que o impacto da hospitalização poderá acentuar essa desorganização e que, automaticamente, ocorrem manifestações comportamentais e psíquicas nas quais o idoso adoecido e hospitalizado necessita de um acolhimento que propicie alívio de suas angústias; um interlocutor, alguém que lhe dê consistências da presença humana, “o outro”, para sustentar o aparelho psíquico.

Clara nos mostrou o quanto a hospitalização representava na sua vida; era onde ela buscava garantias para dar conta desse desamparo, sinalizado pelo próprio envelhecimento, pela perda do marido e pelo adoecimento, evidenciando recursos psíquicos importantes para suportar todas essas vivências, pois o investimento afetivo depositado na juventude e na relação conjugal pode ser reinvestido na neta e no bisneto.

Clara encontrou na equipe multiprofissional o acolhimento necessário para suportar a hospitalização. A atenção dos profissionais às suas dúvidas quanto à doença que a acometia e a elaboração dos sentimentos de desamparo estimulados em relação à morte das companheiras de quarto e à própria internação ao longo

dos atendimentos psicológicos foram de fundamental importância para que a permanência de Clara na enfermaria de geriatria pudesse afastá-la da vivência de desamparo. Assim, o trabalho da equipe apresentou-se como uma variável significativa do sentimento de desamparo, contribuindo para uma hospitalização menos impactante e angustiante para a paciente.

Nesse sentido, vale ressaltar a importância de uma postura mais acolhedora de toda a equipe de saúde ao paciente idoso adoecido e hospitalizado, a qual poderá ser de fato uma variável significativa para que a travessia pela hospitalização seja mais serena, minimizando, assim, o sentimento de desamparo.

Hospitalization as a cause of helplessness in elderly patients

Abstract

This paper refers to the psychological care of elderly patients in the ward of the Department of Geriatrics and Chronic Hospital for State Civil Servants Francisco Morato de Oliveira. This is a 69-year-old female was hospitalized in a geriatric ward because of severe weakness and shortness of breath, without hearing impairment, mental, cognitive, and the absence of language impairment, so that data collection and therefore the conclusion of this research was not compromised. We used the method of semi-open, and the ethical principles were followed and preserved the integrity of the patient. On the basis of guiding a psychoanalytic approach, this article proposes a reflection on the helplessness of the elderly patients. Since abandonment is inherent in the human condition and which is ruled by successive losses that accompany us through

our existence and will worsen the disease and its attendant sequelae, we want to promote a reflection on how to approach the elderly patient by the team since the form of professional action during their hospitalization is a significant variable in increasing or relieving feelings of helplessness. The result showed that the impact of hospitalization and the onset of the disease as a crisis pose a threat to the elderly, affecting their psychological resources built up over a lifetime. Therefore, the management team was welcoming in a significant difference in the hospitalization of the elderly patient while hospitalized.

Key words: Helplessness. Elderly. Hospitalization.

Referências

- ALBERTO, E. A psicologia da saúde e o idoso hospitalizado: resgate de uma vida esquecida. In: ANGERAMI-CAMON, V. A. *Urgências psicológicas no hospital*. São Paulo: Pioneira Thompson, 2002. p. 123-170.
- CHIATTONE, H. B. C.; SEBASTIANI, R. W. Curso introdutório em psicologia hospitalar. São Paulo: Biblioteca Nêmeton / Centro de Estudos e Pesquisas em Psicologia e Saúde, 1991.
- BARROSO, A. E. S. Envelhecendo num contexto desfavorável: desafios enfrentados por idosos e pesquisadores no nosso tempo, na nossa sociedade. In: CORTE, B. et al. *Envelhecimento e velhice: um guia para a vida*. São Paulo: Vetor, 2006. p. 243-258.
- BIANCHI, H. *O eu e o tempo: psicanálise do tempo e do envelhecimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1983.
- BIRMAN, J. *Mal estar na atualidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.
- FREUD, S. Sobre o narcisismo: uma introdução – 1914. Rio de Janeiro: Imago, 1980 (Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. v. XIV).
- GOLDFARB, D. C. *Corpo, tempo e envelhecimento*. São Paulo: Casa do psicólogo, 1998.
- LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J. B. *Vocabulário da psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes, 2004.
- MARTINS, A. Desamparo: onipotência, narcisismo e univocidade. *Cadernos de Psicanálise do Círculo Psicanalítico do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 12, p. 57-67, 1998.
- MESSY, J. *A pessoa idosa não existe: uma abordagem psicanalítica da velhice*. São Paulo: Aleph, 1992.
- PACHECO FILHO, R. A. A psicanálise e as mulheres e os homens de “Uns tantos ou quantos anos”. *Kairós*, São Paulo, caderno temático 2, ago. 2002.
- PASCHOAL, S. M. P. Epidemiologia do envelhecimento. In: PAPALÉO NETTO, M. *Gerontologia: a velhice e o envelhecimento em visão globalizada*. São Paulo: Atheneu, 1996. p. 26-43.
- PY, L. Envelhecimento e subjetividade. In: MEDEIROS, S. A. R. *Tempo de envelhecer, percursos e dimensões psicossociais*. Rio de Janeiro: NAU, 2004. p. 109-131.
- VIEIRA, E. B. *Manual de gerontologia*. Rio de Janeiro: Revinter, 1996.