

## PELOS CAMINHOS DA INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA COM IDOSOS

Danielle de Andrade Pitanga  
*Doutoranda em Psicologia Clínica*  
*Universidade Católica de Pernambuco*  
[danipitanga@ibest.com.br](mailto:danipitanga@ibest.com.br)

Margarida Maria Florêncio Dantas  
*Doutoranda em Psicologia Clínica*  
*Universidade Católica de Pernambuco*  
[margamdantas@hotmail.com](mailto:margamdantas@hotmail.com)

Maria Cristina Lopes de Almeida Amazonas  
*Doutora em Psicologia Clínica*  
*Universidade Católica de Pernambuco*  
[crisamaz@gmail.com](mailto:crisamaz@gmail.com)

### RESUMO

A vulnerabilidade às doenças crônicas, a vivência da finitude e a inevitabilidade da morte como algo intransponível e intransferível são característicos da fase da velhice. É incontestável que para os idosos, a morte como limite da vida se apresente como possibilidade real de forma mais tangível, sobretudo, a partir do momento em que o estado de agravamento da doença vai se tornando intenso e crítico. O que almejamos, pois, com este trabalho, é propor algumas reflexões sobre a posição do sujeito idoso no confronto com a finitude, o modo de subjetivar-se diante do adoecimento, do morrer e da morte, apontando para as possibilidades de cuidado e intervenção na prática clínico-hospitalar. Participaram deste estudo dois idosos portadores de patologia crônica em fase avançada que estavam em regime de internação num hospital particular de grande porte na cidade de Recife/ Pe. O instrumento utilizado foi o Diário de Campo das pesquisadoras a partir de uma entrevista interventiva que foi aplicada individualmente. A análise dos dados foi realizada numa abordagem da analítica descritiva de inspiração foucaultiana. Como resultado, temos que cada paciente vivenciou seu adoecer e processo do morrer da forma mais confortável para si. Assim, eles se ocuparam consigo, olharam para si, para suas necessidades, expectativas, considerando a consciência de sua finitude, a partir da provocação do psicólogo hospitalar. Diante disso conclui-se que o psicólogo hospitalar é um facilitador do processo de subjetivação do paciente diante de um adoecer crônico e progressivo.

**Palavras-chave:** Velhice, Adoecimento, Finitude, Acolhimento Humanizado.

### 1. INTRODUÇÃO

O desejo de estudar a posição do sujeito idoso no confronto com a finitude, o modo de subjetivar-se diante do adoecimento, do morrer e da morte, apontando para as

possibilidades de cuidado e intervenção na prática clínico-hospitalar surgiu a partir de observações de indivíduos acometidos por patologias crônicas, sem perspectivas curativas e que estavam em situação de internamento.

De acordo com Beauvoir (1990, p. 39) “Morrer prematuramente ou envelhecer: não existe outra alternativa”. Assim, mesmo sem nos darmos conta, estamos envelhecendo. O envelhecimento não é um processo veloz nem radical, ao contrário disso, é lento e progressivo, percorre todo o trajeto de nossa vida, nos permite uma adaptação gradual às mudanças estruturais e funcionais decorrentes do passar dos anos e que sofre variações de um indivíduo a outro.

O envelhecimento, também chamado de senescência é um processo natural que concerne inexoravelmente a todos os sujeitos e cíclico de transformações biopsicossociais, inscrito no horizonte da temporalidade. Estamos falando da ação do tempo sobre o sujeito, imerso numa cultura, situado num determinado momento histórico e que adere à história de sua vida. Inicia-se com o nascimento e culmina com a morte do indivíduo (Pitanga, 2006).

Mannoni (1995) lembra-nos: a condenação à morte está lá, presente, desde o nascimento. Acaba-se por esquecê-la. As noções de envelhecimento e velhice são frequentemente confundidas e utilizadas indevidamente, quando empregadas como se fossem equivalentes. Esta confusão de termos, conforme afirma Jack Messy (1999) fortalece uma ilusão de salvação em que, pretensamente, só os velhos envelhecem.

Somos inconscientemente levados a rejeitar e a ignorar a velhice, não lhe atribuindo um lugar de destaque em nossas reflexões, mantendo a morte à distância. Daí, questionamo-nos: o repúdio e a perplexidade ao depararmos com o envelhecimento denunciam, de algum modo, a angústia ante a finitude e a proximidade da morte? Velhice e morte não habitam o nosso inconsciente, onde mora o desejo e onde somos eternos.

Na verdade, elas nos são estranhas. Nós as percebemos como coisas que acontecem aos outros (Py, 2004).

Corroborando com estas assertivas, no dizer de Beauvoir (1990, p. 17), “o velho é sempre o outro”. A escritora fala que a velhice pertence à categoria dos “irrealizáveis” de Sartre, isto porque o sujeito idoso não pode ter uma experiência interior plena do ser velho. Trata-se, portanto, de uma experiência em si própria, irrealizável: o que somos para outrem, é impossível vivê-lo no modo do para-si. É o olhar do outro – aquele que observa do exterior- que sinaliza nosso processo de envelhecimento (Pitanga, 2006).

Delineado esse panorama, refletir sobre o sentido do envelhecimento e a consequente aproximação da velhice é evocar em nós mesmos, o temor da morte. Paradoxalmente, a velhice também nos remete à nossa historicidade, vivência da temporalidade, memória, ou seja, ao próprio processo do envelhecer com todo o seu ímpeto criador, produtivo e constitutivo. A velhice pode, então, ser considerada como uma fase do ciclo vital e não apenas a antecâmara da morte. Na língua francesa, a palavra “*vieillesse*” tem como prefixo *vie* que significa vida. Daí, Messy (1999) sugerir que o envelhecer é a própria vida e, prossegue dizendo: o envelhecimento não é a velhice, como uma viagem não se reduz a uma etapa. Começa com o nascimento e acaba na destruição do indivíduo.

Cabe ainda colocar em destaque que o desejo da imortalidade, da longevidade, da eterna juventude e, paradoxalmente, de derrotar a velhice e a morte, é também um sonho mítico dos seres humanos, acalentado desde os tempos mais arcaicos até os dias atuais. A mitologia nos ensina que encontrar a fonte da juventude e o elixir da longa vida se constitui como tarefa heroica. Os gregos glorificavam com ardor a juventude, exaltando desmesuradamente seus valores, enquanto que a velhice era encarada como um flagelo, um castigo que aniquilava a força do guerreiro. Nesse sentido, vencer a morte era um sonho do ideal heroico que considerava todo o valor da vida na esfuziante jovialidade. Em



consonância como essas prerrogativas, indica Mascaro (1997): a mitologia grega está repleta de façanhas heroicas, narrativas poéticas e trágicas, falando dos seres que desejavam encontrar a eterna juventude e a imortalidade.

A forma como a sociedade encara e avalia a velhice vem se modificando ao longo da história. Com as sucessivas transformações que se operaram no âmbito social e cultural a partir do século XVIII e que culminaram com o advento da revolução industrial, permitiram maior longevidade. Na classe da burguesia, os anciãos participavam da vida pública e do lazer, no entanto, entre os operários quando já não mais podiam ter atividade laboral, eram abandonados à própria sorte, pois não havia um sistema social que lhes garantisse cuidado e proteção. A partir da revolução industrial o valor humano passou a ser mensurado por via da produtividade, portanto, envelhecer e, a consequente perda da capacidade produtiva passa a ser motivo de exclusão (Py, 2004).

Em meados do século XVIII, a sociedade passou a cuidar dos anciãos, indigentes e enfermos. No período pós-guerra da segunda metade do século XX, o medo atravessa uma fase de intensas transformações, atendendo às novas necessidades sociais. Chama a atenção o fenômeno do envelhecimento das sociedades industrializadas, que começa a evidenciar-se e prossegue em crescimento, atingindo os países em desenvolvimento. (Py, 2004).

No Brasil, atribui-se o progressivo envelhecimento populacional à elevação da expectativa de vida, à queda acentuada das taxas de natalidade e à redução das taxas de mortalidade, propiciando, nas últimas décadas do século XX, uma mudança no perfil demográfico brasileiro. Dados da Organização Mundial de Saúde apontam a possibilidade do Brasil se tornar o sexto país do mundo com maior contingente de pessoas idosas até 2025. O significado desses dados traduz-se num alerta para a sociedade brasileira, pois, nos tempos atuais, ainda é relativamente grande a desinformação sobre a velhice e suas especificidades no cenário social. A violência exercida através do discurso de exaltação

da juventude e da produtividade propõe um modelo desvalorizado com o qual o velho se identifica (Goldfarb, 1998). As representações sociais da velhice ainda estão fortemente associadas às doenças, limitações, dependência, improdutividade, nostalgia, decrepitude e depressão.

Na contemporaneidade, o império da alta biotecnologia, associado às inovações no campo da farmacologia e às melhorias nas condições socioeconômicas e ambientais, trouxeram como repercussão, o drástico aumento de doenças crônico-degenerativas e prolongamento do tempo de vida. Doenças estas, que na atualidade, garantem um importante espaço no cotidiano da práxis médica e psicológica. O idoso, no contexto de um adoecimento grave, sem prognóstico favorável, precisa aprender a lidar com as perdas inevitáveis, a elaborar os lutos, além do prelúdio de uma morte anunciada. Isto se constitui como grande desafio a se discutir e enfrentar, sobretudo, na clínica. Morte e luto, fracasso e perda fazem parte da estrutura da vida e, portanto, acompanham o sujeito. Por paradoxal que seja, porque há morte é que sabemos da vida; é porque há perda que buscamos os objetos; é porque algo falha, não se escreve, que tentamos escrever. É pelo desamparo que a vida transita (Mucida, 2004).

A Psicologia na saúde se propõe a esse modelo de atenção e cuidado com os idosos. Deve-se compreender e analisar não apenas o conjunto de suas capacidades, valores, crenças, problemas e necessidades, mas também o contexto sócio histórico no qual está inserido. Este trabalho procede do interesse de dar vez aos idosos, reservar-lhes um “lugar”. E, assim, pensarmos nos possíveis caminhos para a intervenção psicológica.

Dessa forma o objetivo geral deste estudo é compreender como o idoso experiencia o adoecimento e o processo da finitude. Sendo os objetivos específicos: entender a relação envelhecer – adoecer, sem possibilidade terapêutica de cura; e investigar a importância da ação clínica do psicólogo diante da vivência do adoecer.

## 2. METODOLOGIA

Esse estudo se caracteriza como pesquisa de caráter exploratório e natureza qualitativa, que contempla aspectos da realidade social sendo o “lôcus onde se articulam os conflitos e as concessões, as tradições e as mudanças e onde tudo ganha sentido, ou sentidos, uma vez que nunca há nada humano em significado e nem apenas uma explicação para os fenômenos que abarcam.” (Minayo, 1992, p. 31).

O projeto de pesquisa foi enviado à Plataforma Brasil sob o número CAAE: 23953313.9.0000.5206 e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa em 29/11/2013. Como se trata de um estudo que envolve seres humanos, ela foi pautada, tanto na ética prescritiva como, na ética dialógica, que envolve a proteção do anonimato, o resguardo do uso abusivo de poder pelo pesquisador e o consentimento informado (Spink, 2000). Esse último foi obtido através da assinatura, pelos participantes, do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual concordam em participar dela.

Participaram desse estudo dois pacientes que estavam em regime de internação em um hospital particular de grande porte da cidade do Recife – PE. Para proteger o anonimato deles, atribuímos-lhes nomes fictícios. Sendo um chamado de Jorge e a outra de Joana.

O primeiro sujeito da pesquisa, Jorge, 59 anos, casado, dois filhos, duas noras e três netos pequenos, foi diagnosticado com um tumor cerebral em progressão, mas ainda com possibilidade cirúrgica. Na ocasião da cirurgia, não foi possível a retirada total do tumor, o que levou o paciente a vivenciar seu processo de finitude visando melhor condição de vida, já que o mesmo tinha acompanhado o adoecimento e processo do morrer de seu pai, o qual foi caracterizado como muito sofrido por Jorge.

O segundo sujeito de pesquisa é uma mulher, Joana, 72 anos, viúva, três filhos, dois netos adultos e dois pequenos. Joana foi diagnosticada com um câncer na uretra, que já havia atingido as paredes da bexiga, quando foi diagnosticado. Ela realizou uma cirurgia chamada ileostomia, que significa a retirada da bexiga e reconstrução de uma nova bexiga, através do íleo, parte final do intestino grosso. Como a paciente já apresentava metástase, foi indicada à radioterapia. Entretanto Joana optou por vivenciar a



finitude sem tratamentos invasivos, por desejar ter uma melhor qualidade de vida e não possuir possibilidades terapêuticas de cura.

Para a produção dos dados da pesquisa foi observado o Diário de Campo, a partir de entrevistas realizadas com os sujeitos que possuíam os critérios de inclusão da pesquisa, os quais foram: ser idoso e estar numa situação de adoecimento crônico avançado.

O Diário de Campo é uma forma de registro da observação participativa em que “são anotados, da maneira mais minuciosa possível, os acontecimentos ocorridos em campo, assim como as impressões subjetivas decorridas destes acontecimentos” (Neves, 2006, p. 8). Dessa forma, no Diário de Campo encontramos a descrição da relação entre psicólogo hospitalar – paciente, na qual será percebida a ação clínica do primeiro possibilitando a subjetivação diante do adoecer do segundo.

Os Diários de Campo serão analisados através de uma Analítica Descritiva amparados por conceitos foucaultianos, tais como discurso e enunciado. Serão considerados em favor do discurso, o que está relacionado com o lugar do observador, o lugar de quem fala. O termo enunciado evoca o que é dito no discurso, estando assim relacionado a uma condição de existência, condição social, que possibilita que um determinado ponto de vista seja proferido (Foucault, 1984). Ao se tratar de observar idosos em situação de adoecimento crônico progressivo, com significativa chance de morte, é preciso considerar a condição existencial desses indivíduos, suas posições de sujeito e os significados que constroem em torno da enfermidade e da morte eminente.

A Analítica Descritiva, na perspectiva foucaultiana, tem como base epistemológica o pós-estruturalismo. Tal base instaura uma teoria da desconstrução na análise literária, liberando o texto para uma pluralidade de sentidos, sendo a realidade uma construção social e subjetiva (Dantas, 2014). Trata-se de uma práxis que se apoia na dimensão do

cuidado, da escuta atenta, sensível e do acolhimento humanizado, ético e no respeito à integralidade e a biografia do sujeito idoso

O interesse pelo método exposto é pela crença de que o sujeito se constrói no discurso. Assim, o enunciado no discurso do sujeito é uma condição de existência que possibilita uma determinada afetação, logo, são as condições sociais que possibilitam um enunciado. Isso ocorre porque o objeto ou fenômeno visto e/ou vivenciado pelo sujeito é percebido de diferentes formas, a partir de cada instância (Foucault, 1984).

## 2.1. Resultado e Discussão

Pensar, então, o envelhecimento como modo de subjetivação, é olhar para o sujeito idoso livre de pré-conceitos no que dizem respeito ao lidar com o adoecer e o morrer. Assim, para analisar o discurso de idosos que enfrentam um adoecer que os colocam ainda mais próximos à sua finitude, é preciso compreender como estes sujeitos se apropriaram da sua condição de doentes e vivem sua realidade de modo próprio e único. Dessa forma, é diante do adoecer e da possibilidade iminente do morrer que o indivíduo pode vivenciar seu envelhecimento, encontrando nessa vivência uma possibilidade para uma melhor condição de existência (Dantas, 2014).

No Diário de Campo a pesquisadora anotou as suas impressões acerca do atendimento prestado pela equipe de saúde a Jorge e do momento da sua morte. Ela estava presente, nesse momento, por uma solicitação do próprio idoso.

*A equipe de saúde desde o início mostrou especial atenção por tal paciente e admiração pelo fato dele ter total conhecimento sobre seu diagnóstico e prognóstico. Os momentos de procedimentos com este paciente eram sempre acompanhados de muita conversa e questionamentos sobre possíveis incômodos que o mesmo poderia sentir. Foi colocada uma televisão junto ao leito e permitido o uso dos óculos e livros para possibilitar*



*um ambiente mais descontraído. O momento de anúncio da necessidade do tubo endotraqueal causou comoção em alguns membros da equipe. Mas o pedido do paciente para se despedir da família antes do procedimento foi o mais forte vivenciado neste lugar nos últimos dias. A equipe parou para acolher a entrada de cada familiar e assistia atentamente ao que acontecia junto ao leito do paciente. O paciente também me provocou emoção, quando me agradeceu por estar ali naquele momento, podendo atender a um pedido que ele me tinha feito. Após o processo de sedação, piora do quadro clínico e o óbito, fui solicitada a acompanhar os familiares que desejaram entrar na UTI para ver o paciente antes deste ser levado ao velório da instituição. Este foi outro momento de grande comoção no setor, porque estes familiares do paciente, após vê-lo, se dirigiram a cada membro da equipe e agradeceram os cuidados dispensados àquele paciente. Esse momento de agradecimento e fechamento da relação equipe – família foi marcado por choros não mais escondidos e sim abertos, podendo tanto um lado como o outro demonstrar seus sentimentos diante do falecimento de um paciente que nem sempre é visto como algo corriqueiro dentro de um ambiente de UTI.*

Diferentemente do que pode parecer, quando um sujeito se dedica a si mesmo, olha para si próprio em sua particularidade, esse cuidado “não constitui um exercício de solidão, mas sim uma verdadeira prática social” (Foucault, 1985, p. 57). Pois, diante das diversas obrigações que o cuidar requer, está a necessidade da presença e do cuidado do outro consigo. Nesse sentido, são solicitadas conversas com amigos, confidente, terapeuta. O sujeito que cuida do outro também tem o desejo de ser cuidado pelo outro, por estar em relação com o outro (Foucault, 1985).

Assim, diante da vivência do adoecimento, o sujeito doente quer estar perto dos seus familiares, usufruir da presença deles enquanto ainda é possível. E deseja, também, o bem-estar a esse outro, conforto, descanso e apoio. O psicólogo pode ser um mediador

dessa aproximação, dando suporte emocional tanto para o paciente como aos seus familiares e equipe de saúde responsável por ele.

Nesse sentido, é válido pontuar que para o cuidado, na sua forma ampla de preocupações, se estabelecer, o sujeito precisa se voltar para si, para identificar o que deseja para ele mesmo. É dessa forma que o cuidado pode atingir suas instâncias mais ínfimas.

Também é possível ver no Diário de Campo de Joana o cuidado que ela tem consigo e com os seus familiares e como esse cuidado possibilitou que ela se subjetivasse diante de seu adoecer.

*A paciente tinha previsão de alta quando foi realizada a primeira entrevista, entretanto seu estado clínico piorou e a alta foi suspensa ou poderia ser dada com home care, cuidados hospitalares realizados em casa, o que não foi aceito por ela. Essa entrevista me emocionou de forma muito significativa, pois Joana esboçava muita tranquilidade enquanto falava da morte e organizava seu próprio funeral, deixando claro o cuidado com que ela pensa detalhadamente em cada um dos filhos e nas suas necessidades. Emocionamo-nos juntas em alguns momentos desse encontro e foi algo tão natural, espontâneo, que não senti necessidade de me desculpar com ela por ter os olhos marejados diante de sua presença. Ao encerrarmos a entrevista era visível a emoção e num primeiro momento tentei esconder esse sentimento do restante da equipe, mas um técnico viu e disse: “Gente, Margarida está chorando”! Nesse momento eu estava me dirigindo ao estar médico para me recompor e seguir com meus atendimentos, mas, ao ouvir o técnico, voltei e fui conversar com a equipe presente naquele plantão. Foi outro momento de muita satisfação. Inicialmente contei a eles o que me emocionou e alguns também demonstraram emoção. Depois conversamos a respeito do estar presente com o paciente de forma inteira, o que nem sempre acontece. Alguns me disseram que não gostam de se envolver para não sofrer, outros disseram que acabam sofrendo, mesmo*

*evitando. Aproveitei esses discursos para diferenciar sofrer de se emocionar com algo vivenciado por alguém que está perto de nós. Quando sofremos, sentimos a dor na gente, o sofrimento é algo que machuca. Emoção é algo que toca, sensibiliza, mas não paraliza como o sofrimento. É possível nos emocionarmos no dia a dia com alguma situação, mas isso é momentâneo. Quem continua sofrendo e sentindo fisicamente a dor da perda são os familiares dos nossos pacientes. Eles concordaram comigo, até se desculparam por tentar não se envolver para não sofrer e concluímos apostando na ideia de que se abraçarmos verdadeiramente as nossas causas diárias, ou seja, se pudermos estar mais presente junto ao nosso paciente, este terá uma sensação de acolhimento maior e o cuidado será realizado com mais disponibilidade.*

É percebido, então, que olhar para si próprio, se ocupar consigo é valorizar sua subjetividade, sua particularidade e isso, no tocante ao estudo aqui realizado, acontece quando o sujeito doente não segue, simplesmente, um gerenciamento do adoecer prescrito pela equipe de saúde. Independentemente de como o sujeito vivencia seu adoecimento e iminência de morte, ao parar para pensar em si, ele se volta a si e, com isto, se depara com uma gama de ocupações (Dantas, 2014).

Da mesma forma, o cuidado que o psicólogo deve ter em sua atuação junto a um paciente com uma enfermidade crônica progressiva e em regime de internação, precisa considerar as variáveis que envolvem este sujeito, como a fase de vida em que se encontra, desejos, perspectivas, ansiedades, temores. Para, então, possibilitar a ele um contato consigo mesmo e uma atualização das suas possibilidades diante do adoecer.

Esse modo tão próprio de ser está relacionado a um exercício filosófico que é entender em que medida o “trabalho de pensar sua própria história pode libertar o pensamento daquilo que ele pensa silenciosamente, e permitir-lhe pensar diferentemente” (Foucault, 1984, p. 14).



A partir do exposto aqui é percebido que a vivência do adoecer pode ser muito mais do que a aceitação de uma prescrição médica. Pode ser o modo particular de subjetivação do sujeito. Assim, o sujeito doente vive seu adoecimento e iminência do morrer da forma que lhe for mais conveniente, sendo significativa a máxima: “Não me pergunte quem sou e não me diga para permanecer o mesmo” (Foucault, 2008, p. 20).

## **CONCLUSÃO**

Dessa forma, cuidar significa um conjunto de preocupações e, para tanto, exige um olhar do sujeito para ele próprio, para a sua subjetividade, para aquela particularidade que esse sujeito tem diante dos outros. Assim, o sujeito pode se constituir como sujeito de seus atos. Ele não pode mais ser compreendido e/ou olhado apenas a partir da cultura na qual está inserido, ou apenas a partir da sociedade que o olha, ou, ainda, a partir da época em que vive. O sujeito é o conjunto de todas essas coisas e de outras coisas que só pertencem a ele mesmo.

Os pacientes aqui estudados se ocuparam consigo, olharam para si, para suas necessidades, expectativas, fazendo do adoecer um estilo de vida. E, dessa forma, afetaram as pesquisadoras e equipe de saúde responsável por eles. Esses pacientes consideraram a consciência de sua finitude, em meio ao gerenciamento da morte pela equipe de saúde, e se constituíram como sujeito de seus atos, considerando suas prioridades: a família, o trabalho, o lazer e a qualidade de vida. E nessa atitude é percebida a ação do psicólogo hospitalar como um facilitador do processo de subjetivação do paciente diante de um adoecer crônico e progressivo.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Beauvoir, S. A. (1990) *Velhice*. Trad. Maria Helena Franco Monteiro. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Dantas, M. M. F. (2014) *A experiência da palição: um olhar a partir do modo próprio de subjetivar-se diante do adoecer*. Dissertação (mestrado) – Universidade Católica de Pernambuco.

- Foucault, M. (1984). *História da sexualidade 2: o uso dos prazeres*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Foucault, M. (1985). *História da sexualidade 3: o cuidado de si*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Foucault, M (2008). *A arqueologia do saber*. 7ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Goldfarb, D. C. (1998). *Corpo, Tempo e Envelhecimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Mascaro, S. (1997) *O que é velhice*. São Paulo: Brasiliense.
- Mannoni, M. (1995) *O nomeável e o Inonimável: a última palavra da vida*. Trad. Dulce Duque Estrada. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. Ed. p.16.
- Messy, J. (1999) *A pessoa idosa não existe: uma abordagem psicanalítica da velhice*. Trad. José de Souza e Mello Werneck. São Paulo: ALEPH.
- Minayo, M.C.S. (1992). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec/Rio de Janeiro: Abrasco.
- Mucida, A. (2004) *O sujeito não envelhece: Psicanálise e velhice*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Neves, V. F. A. (2006). Pesquisa-ação e etnografia: caminhos cruzados. *Revista Pesquisas e Práticas Psicossociais*, v. 1, n. 1, São João Del-Rei, junho.
- Pitanga, D. A. (2006). *Velhice na cultura contemporânea*. Dissertação (mestrado) em Psicologia Clínica. Centro de Teologia e Ciências Humanas – Universidade Católica de Pernambuco.
- Py, L. (2004) *Velhice nos arredores da morte: a interdependência na relação entre idosos e seus familiares*. Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Spink, M. J.(2000). A Ética na Perspectiva Social: da perspectiva prescritiva à interanimação dialógica. *Revista Semestral da Faculdade de Psicologia da PUCRS*. v..31, n. 1, jun/jul p. 7 – 22.