

Velhice e adoecimento do coração: repensando o sujeito, a experiência de adoecimento e a ética do cuidado

Glória Heloise Perez

PEREZ, G. H. Velhice e Adoecimento do Coração. In: Caio Henrique Vianna Baptista; Cleunice de Jesus Wosnes; Rodrigo Noronha da Fonseca. (Org.). Psicologia hospitalar Desafios do cotidiano da vida adulta à velhice. 1ed. São Paulo: B307 Livraria e Saúde, 2023, v. , p. 125-136

Para falar sobre o sujeito idoso doente do coração, iniciaremos levando em consideração as peculiaridades do ser idoso no século XXI. Como qualquer experiência da existência humana, ser idoso é uma experiência singular a cada sujeito, dependente de fatores da ordem da sua constituição subjetiva, porém atravessada pelas questões de gênero, raciais e do contexto sociocultural, econômico e político, em que vive. A cultura contemporânea, que é marcada pela medicalização da vida - como desdobramentos do domínio do discurso da ciência e da presença massiva da tecnologia - transformou profundamente a representação social da velhice e a sua experiência existencial. Como analisa Birman (1), recebeu a denominação de “terceira idade” e o idoso ganhou certa visibilidade, deixando a velhice de se reduzir a ser considerada sinônimo de fim de vida, de doença, de incapacidade, de inutilidade, e de morte, para ganhar o status de ser mais uma *etapa* da vida, muito mais longa e com novas potencialidades, com diversas possibilidades de ser e existir.

Por um lado, os nonagenários não são mais uma exceção! Houve queda da mortalidade nas idades avançadas, o que foi resultado do controle de doenças que antes eram letais e crescimento da população de 80 anos ou mais (2). Atingir os 100 anos tornou-se uma realidade, nem tão impossível! Assim, a nova velhice, pode durar até 40 anos, e é bastante heterogênea. É fato, que o avanço da longevidade leva à maior possibilidade de viver com doenças crônicas e quadros demenciais, com maior risco de comprometimento da funcionalidade e da autonomia. Mas, na realidade, podemos encontrar idosos plenamente ativos, engajados em muitos projetos pessoais e profissionais, com manutenção do papel familiar e social, muito diferente da velhice silenciosa e invisível, que conhecemos de avós da década de 1970, embora esses também ainda existam. Também temos aqueles, socialmente excluídos, aqueles completamente dependentes e sem capacidade funcional, alguns sendo cuidados pela própria família outros vivendo muito bem em comunidade com outros idosos e alguns apáticos e solitários apenas sobrevivendo, depositados em residências de longa permanência. Temos aqueles com vida sexual ativa, desfrutando da cumplicidade e companheirismo do cônjuge de longa data ou da sexualidade livre pela libertação de determinados tabus, mas também os tomados pelo ressentimento de uma vida solitária, os deprimidos pelos lutos não elaborados de toda uma vida, muito desvitalizados. Alguns usufruindo do tempo livre e do patrimônio conquistado e outros extremamente ocupados e sobrecarregados com a responsabilidade pelo cuidado dos netos, e sendo com sua aposentadoria, os provedores da família. Também é uma realidade para alguns idosos, ainda não terem a experiência de terem perdido os seus pais, e estarem envolvidos com a tarefa de cuidar deles. Assim, fica claro que temos múltiplas velhices,

pois as mudanças corporais e na relação consigo próprio, com a família, com o trabalho e com contexto social, que são inerentes a esta etapa da vida, são profundamente marcadas pelas condições de gênero, de raça, sociocultural, econômica, política e da ordem dos recursos psíquicos de cada idoso. A velhice, na atualidade, não se reduz à espera passiva da chegada da morte, embora ela possa ser vivida assim, por alguns idosos. Abre-se espaço, socialmente autorizado, para poder ser o velho, um sujeito desejante (1), inventando a vida até o seu fim.

Sobre o sujeito idoso: envelheSer e vivenlheSer

“Oh, Deus! Possa eu estar vivo quando morrer” (3)

Esta afirmação, que Winnicott faz na sua autobiografia, conforme reporta Clare Winnicott (3 p.3), retrata os pressupostos da sua teoria sobre o desenvolvimento emocional do ser humano, que é baseada na ideia de tendência inata do amadurecimento e de que não há etapa da vida que não demande uma certa constituição ou transformação do sentido de si mesmo (4). Ao longo de toda a vida coloca-se a demanda de continuar a se desenvolver emocionalmente, de criar sentido para a própria vida, de tal forma que valha a pena viver, o que se fará sempre na relação com a alteridade “até o momento da morte, em que ocorre a última integração da história de um indivíduo, último ponto de uma história, mas ainda ponto desta história” (5).

Winnicott (4) salienta, dessa maneira, a importância do ambiente na constituição do self, que é contínua. O amadurecimento, ou seja a tendência de sair do estado inicial de dependência absoluta para a dependência relativa, rumo à independência, se efetivará com a intervenção de um ambiente facilitador, que se adaptando às essas necessidades de dependência, possibilitará a constituição de um ser integrado, distinguindo um dentro e um fora de si, um senso de ser, sentindo-se uma pessoa inteira e relacionando-se com pessoas inteiras.(5) Dessa maneira, a necessidade do ambiente facilitador se impõe, igualmente, no processo de envelhecer e do próprio morrer, pois ambos também são constitutivos (6)

É tempo de se haver com as dores e as delícias de uma longa história de vida, que entra no seu epílogo! Tempo marcado pela relação com filhos adultos ou pelo fechamento definitivo da possibilidade de tê-los, pela experiência da avosidade, por transformações corporais e mudanças na relação com o trabalho e com o papel social, pelo maior contato com a morte de entes queridos.

A maior proximidade da morte, realidade inescapável da velhice e em consequência o contato com a própria finitude é um fator modulador da experiência subjetiva do envelhecimento. O tempo, responsável por marcas que se revelam no corpo, passa a ser vivido de outra maneira, ganha maior profundidade com a consciência da finitude. Frente a angústia de um futuro limitado pelo encontro marcado com a morte e das limitações da vida do presente, voltar-se para os objetos de satisfação do longo passado vivido, pode ser um recurso confortante (7). As transformações corporais não são

exclusivas da velhice, elas acontecem ao longo de toda a vida e, na verdade, o corpo e suas metamorfoses estão sempre presentes e definindo a experiência subjetiva do *ser* e do *estar* no mundo. No entanto, na velhice pela maior proximidade da morte e também porque, atualmente, são atravessadas - pela extrema valorização da juventude imperante na cultura ocidental contemporânea - as transformações do corpo são tomadas com uma conotação extremamente negativa (declínio, decadência) e não como algo peculiar da natureza humana. Dessa maneira, considerando a teoria Winnicottiana (8), continuar a *ser* na velhice, implica em poder integrar essas transformações corporais ao próprio self, o que se realiza com a elaboração imaginativa do corpo, mantendo a integração psicossomática, mantendo o sentido de si mesmo.

Simone de Beauvoir (9) nos ensina que “ ... em nós é o outro que é velho, e a revelação da nossa idade vem dos outros. Não consentimos nisso de boa vontade”. O *ser velho* é uma experiência que se constitui a partir da maneira como o idoso se vê e se percebe e a maneira como é visto e percebido pelos outros. Essa inter-relação de olhares e visões é que vai constituir para cada um a experiência do *ser velho* (7).

Safra (10) apoiado no referencial winnicottiano, aponta que o estranhamento sentido pelas pessoas ao entrar na maturidade é devido à necessidade de integração de aspectos corporais, que estão se modificando, nessa fase da vida. A mudança na vitalidade traz um estranhamento em relação ao corpo, até que possa ser incorporado ao self. Há um desalojamento de si, no corpo. Reinstalam-se as questões ligadas ao processo de personalização, da conquista da existência psicossomática, que vão determinar viver as transformações corpóreas da velhice como angústia impensável, ou poder integrá-las ao self.

Assim, as condições de transformação corporal e muitas vezes de dependência peculiares da experiência da velhice, implicam na atualização da história de cuidados e da constituição do si mesmo deste sujeito, entrando em jogo como se constituíram tarefas fundamentais do desenvolvimento emocional a integração, a personalização e a realização. Como descreve, Winnicott, em sua teoria do desenvolvimento emocional primitivo (11) e da regressão (12), teremos no processo de envelhecimento, a atualização de toda a sua história de cuidados, da presença devotada da mãe, do jogo de satisfação/insatisfação sincrônico das suas necessidades e do jogo ilusão/desilusão. Dessa maneira, “subjacente ao desconforto crônico do corpo pode estar a ameaça de despersonalização e de perda dos limites do corpo e de angústias impensáveis, quase físicas, que fazem parte do reverso do processo que é chamado integração” (13 p.91).

Assim, sentir-se real e de continuar a ser, de habitar o próprio corpo e de estar vivendo uma vida que vale a pena, conceito de saúde para Winnicott (14), é no que consiste a tarefa de continuar a constituir o sentido do si mesmo, na experiência da velhice.

Se por um lado, algumas das transformações corporais inexoráveis da velhice, ficam contemporizadas pelos recursos da medicina contemporânea, a vida mais longa também viabilizada por ela, expõe o sujeito à possibilidade de uma existência com maior fragilidade, com perda da autonomia e da capacidade funcional, rumo à dependência relativa e por vezes, absoluta, principalmente em casos de determinadas doenças crônicas e de quadros de demência. Dessa maneira, retorna-se a uma relação com o

ambiente nos mesmos moldes daquela do início da vida. Portanto, o idoso, na condição de dependência, tem, da mesma maneira que o bebê, a necessidade de um ambiente sustentador, que ofereça proteção contra as experiências de intrusão, que instauram uma descontinuidade do ser.

Por conta do papel da família na organização social da cultura ocidental contemporânea, para os idosos da atualidade, os pais foram as referências de provisão ambiental, na sua constituição como sujeito. Como no Brasil não há redes e estruturas de cuidados para as necessidades de dependência dos idosos, a família é mobilizada com esta tarefa. Entrelaçam-se, de maneira complexa os processos iniciais do desenvolvimento do sentido de si mesmo e suas distorções - do idoso dependente, com o de seus familiares. Entre outros, cônjuge, filhos, netos, cada um de seu lugar na família, estará mobilizado na sua capacidade de reconhecer as necessidades de dependência do familiar idoso e da mesma maneira que a mãe suficientemente boa, adaptar-se a essas necessidades.

Longevidade e a experiência de adoecer do coração: uma relação tão delicada

O adoecer do coração é uma realidade bastante prevalente na velhice, sendo também a maior causa de mortalidade. O coração, como todo o corpo, vai sofrendo alterações ao longo da vida. Essas mudanças podem ir se dando gradualmente, de tal forma que por vezes o adoecer do coração parece até se manifestar como um desfecho natural do envelhecimento. Mas, em outros casos a doença se manifesta de forma abrupta, como pode ser, por exemplo, o caso do Infarto Agudo do Miocárdio, constituindo-se como um acontecimento de grande impacto psicológico (15) na vida daquele sujeito idoso, uma vez que se trata de uma doença grave e potencialmente fatal.

As cardiopatias são várias, conforme a região do coração que está comprometida (miocardiopatias, valvulopatias, coronariopatias, arritmias, etc...) , e como tal implicam em realidades muito diferentes em termos de curso da doença e de seu tratamento e consequentemente, no plano da experiência subjetiva da enfermidade (15). O idoso cardiopata pode ter adoecido em etapas anteriores da sua vida, e, desde então, estar em acompanhamento ambulatorial para o controle da doença. Pode estar vivendo um evento agudo, como um infarto agudo do miocárdio ou uma taquiarritmia e, por conta disso, ter necessidade de buscar atendimento médico, em uma Unidade de Emergência, ou pode estar hospitalizado para tratamento de descompensação de uma cardiopatia. A necessidade de cuidados intensivos, em uma Unidade de Tratamento Intensivo (UTI), também pode se impor, para o cardiopata idoso. Além disso, os avanços da Cardiogeriatría trazem experiências na velhice, anteriormente inimagináveis, tais como, submeter-se a exames extremamente invasivos, como o Cateterismo, ou a uma cirurgia de grande porte, como a cirurgia cardíaca, ou viver, tendo implantado em seu corpo, um dispositivo eletrônico, como o Marca passo ou um Cardiodesfibrilador implantável. Em outras palavras, o adoecer do coração pode expor o sujeito idoso a uma diversidade de experiências (15), que vão desde a vivência da eminência da morte, com os sintomas do infarto ou de uma grave arritmia cardíaca, por exemplo, até as vicissitudes e as dificuldades inerentes a mudar de hábitos alimentares, organizar uma rotina de

atividade física, abandonar o cigarro, para seguir a prescrição do cardiologista de adesão a uma mudança de estilo de vida, como uma medida que pode favorecer a manutenção da sua condição funcional autônoma e independente. Assim, podemos dizer que, apesar de atualmente, adoecer do coração na velhice não ser, necessariamente, a sentença de morte eminente, a questão da finitude se presentifica com a experiência do adoecimento.

Cabe salientar, ainda, que o adoecer do coração na velhice, compreende uma certa delicadeza, à medida em que coloca em evidência as sutilezas do limiar entre saúde – doença. Além disso, o coração é um órgão de repercussão fisiológica de emoções tais como ansiedade, angústia, medo, raiva e a busca de atendimento do cardiologista para queixas como dor torácica, palpitações e síncope, que não são compatíveis com doença cardíaca, é uma realidade da clínica de cardiologia, para todas as idades (15). Quadros como a Síndrome do Coração Partido, onde a associação com a vivência de perdas significativas é comprovada pelas pesquisas científicas, também confirmam a complexidade da expressão psicossomática nas formas de adoecimento e expressão do sofrimento do ser humano.

Como salienta Wajngarten (16), médico especialista em Cardiogeriatría, o atendimento do paciente idoso é desafiador, exigindo alto conhecimento e sensibilidade, uma vez que o diagnóstico das cardiopatias no idoso é dificultado por se confundir com alterações próprias do envelhecimento, manifestações atípicas das doenças e pela presença de várias comorbidades. A definição de padrões de normalidade na interpretação dos exames diagnósticos, para os mais velhos, é relativamente frágil e, também os tratamentos são mais suscetíveis a efeitos indesejados (16). Como é apontado nas Diretrizes da Cardiogeriatría da Sociedade Brasileira de Cardiologia (2) “no tratamento do idoso ganham prioridade o doente em relação à doença e o controle da doença em relação à cura. É essencial conhecer a doença, o doente e o tratamento”.

Esta realidade de adoecimento do coração na velhice reafirma a concepção de que, a narrativa do sujeito sobre o seu mal-estar, bem como a demanda de cuidado dirigida ao cardiologista, sempre é, também, elemento constitutivo do próprio sintoma e da sua identificação como doença cardíaca. A queixa e a narrativa do idoso e também de sua família sobre a sua moléstia têm importância, já reconhecida também pelos próprios cardiologistas, tanto para diagnóstico, como para a conduta médica.

Cabe salientar que o nível de amadurecimento psíquico, bem como a relação do idoso com o próprio corpo, que sentido ele dá para os sinais corporais e a maneira como lida com esta realidade, o que fala, como fala, e para quem fala sobre o seu mal-estar compõem a expressão sintomática daquilo que será diagnosticado como doença cardíaca. E, para além da narrativa do próprio idoso sobre o seu mal-estar, importa também a da sua família, que tem presença marcada nos contextos de atendimento à saúde, e pode influenciar, muito fortemente, na maneira de lidar com aquela condição apresentada pelo idoso, configurando-a como uma demanda de cuidados do cardiologista. Esta narrativa, como admite Wajngarten (16), será uma referência importante na conduta médica, que deverá estar pautada também pela subjetividade do idoso e sua família e, não somente, pela objetividade dos números dos exames laboratoriais e precisão das imagens, que a medicina baseada em evidências costuma

operar. Portanto, no adoecimento do coração na velhice, assim como em qualquer experiência humana, entram em jogo as relações intersubjetivas, tanto as da história de vida, como as atuais, como neste caso, em primeiro plano, do idoso sentindo-se doente ou diagnosticado como tal, com o cardiologista, com os demais profissionais de saúde e com a família, entre outros entes afetivamente significativos.

As vicissitudes da experiência subjetiva de adoecimento

Cabem algumas palavras sobre o conceito de adoecimento que sustenta o nosso pensamento. Parece-nos necessário considerar uma concepção de doença mais abrangente do que a do modelo biomédico da medicina contemporânea. Compreendendo que o adoecimento não diz respeito meramente ao resultado de uma lesão ou de um mau funcionamento do corpo, separado da mente e do ambiente social. Corpo máquina, sem sujeito, sendo a doença entendida como entidade objetiva e não como um fenômeno humano, uma produção do sujeito. Uma concepção nosográfica e não biográfica, ou seja, que descreve a doença e não o sujeito. Como vimos, as peculiaridades da doença cardíaca no idoso, confirmam que este conceito não dá conta nem de diagnosticar, nem de tratar do doente.

Partindo da concepção monista do indivíduo em que se baseia Winnicott (8), onde corpo e psique são duas dimensões do indivíduo, “como água e vinho numa solução, e não como partes que interagem entre si, como substâncias separadas” (5 p.39) e considerando a necessidade de integração psicossomática que se coloca frente as transformações corporais do processo de envelhecimento, pensamos que a doença é uma forma de expressão do *Ser* em relação com o ambiente e pode se aplicar para o adoecimento do idoso a teoria winnicottiana de que “nas doenças psicossomáticas de certo tipo há, na sintomatologia, uma insistência na interação da psique com o soma, sendo isso mantido como defesa contra a ameaça de perda da união psicossomática, ou contra alguma forma de despersonalização” (17 p.60)

Ou seja, paradoxalmente, o adoecimento, pode ser uma tentativa de manter corpo e psique minimamente articulados e poderia estar sustentado pela busca de um modo de integrar-se, de chegar a um si mesmo. Pode ser uma tentativa de, pelo uso do corpo, chegar à integração de si mesmo, em termos de uma unidade pessoal. Isto seria favorecido pelo ser examinado e ser cuidado de diversas maneiras por profissionais de saúde e outros, que a situação de adoecimento proporciona, possibilitando minimizar a não integração psicossomática, que pode ter se atualizado na experiência existencial da velhice. E, nesse sentido, os cuidados recebidos com o tratamento da doença podem ser, mesmo que muito tardiamente, mas ainda em tempo, uma oportunidade de retomada e correção de falhas de provisão ambiental no seu processo de desenvolvimento (12). Dessa maneira, entendemos que, considerando a regressão tal como concebida por Winnicott (12) e Balint (18), o ser cuidado na situação de adoecimento na velhice, pode ser vitalizante.

Presença sensível: a ética de cuidado do idoso doente do coração

A situação de adoecimento do coração na velhice, instaura um estado de regressão à dependência e a demanda de cuidados. O nível de dependência do idoso cardiopata é muito variável, pois, às necessidades próprias da situação variada de adoecimento do coração, podem se somar outras, se houver associado um quadro de senilidade e/ou outras comorbidades. E, ao contrário do que é desejado e esperado, na velhice muitas vezes, as hospitalizações recorrentes, a rotina de consultas, exames e procedimentos em vários contextos de saúde, apesar de ser imprescindível para trazer alguma recuperação do quadro cardiológico, frequentemente não impedem que as necessidades de dependência do idoso aumentem, gradativamente. Esta realidade implica que, para além da assistência dos vários profissionais de saúde, a família se veja demandada e convocada a assumir cada vez mais tarefas de cuidado. O gerenciamento do atendimento destas necessidades é uma realidade que se impõe para a família, a quem costuma caber definir quem serão os cuidadores e como se organizarão estes cuidados. O estado de regressão à dependência demanda, da mesma maneira que na primeira infância, um cuidador – que poderá ser familiar, profissional de saúde, cuidador profissional, amigo - em estado de preocupação materna primária (19), em presença sensível, que seja como uma mãe suficientemente boa, que pode se colocar no lugar do bebê e adaptar-se às suas necessidades. Dessa maneira, o cuidador precisa poder identificar-se com o idoso em estado de dependência e ter sensibilidade e disponibilidade para a adaptação e satisfação de modo confiável das necessidades daquele que é cuidado. Uma exigência da situação que é muito delicada, já que muitas vezes gera sentimentos ambivalentes, de querer e não querer cuidar, de se sentir refém do idoso, e até mesmo de sentir ter o apagamento de sua própria vida, pois remete o cuidador às suas próprias experiências de ter sido cuidado, que serão definidoras da sua disponibilidade e das suas possibilidades de cuidar deste outro.

Kupermann (20), baseado na Teoria do Trauma de Ferenczi, apresenta três tempos da ética do cuidado que pode se aplicar nesta situação, em relação ao idoso doente do coração: *hospitalidade, empatia e saúde do cuidador*. Oferecer hospitalidade é poder acolher o sofrimento do idoso, por mais impactante que possa ser estar diante da sua dor. A capacidade empática possibilita ao cuidador ser afetado pelo idoso e afetá-lo, facilitando a produção de sentido para a experiência do envelhecimento, do adoecimento, do tratamento e dos seus destinos, cura ou agravamento. O terceiro tempo do cuidado seria o cuidador poder dispor da sua própria Saúde, de maneira a estar *vivo* nos confrontos cotidianos com a morbidez e a morte dos entes cuidados. Terminamos com as palavras de Goldfarb (7 p.1) “...Falando de todas as velhices (dos outros) sempre falamos de uma velhice (a nossa) e dos muitos velhos que poderemos chegar a ser. Da velhice que desejamos e da que tememos. Mas se cada sujeito tem sua velhice singular, as velhices são incontáveis”.

Referências bibliográficas

1. BIRMAN, J. Terceira idade, subjetivação e biopolítica. História, Ciências, Saúde – Manguinhos. Rio de Janeiro, v.22, n.4, out-dez. 2015. pp.1267-1282. Disponível em:

<https://www.scielo.br/pdf/hcsm/v22n4/0104-5970-hcsm-22-4-1267.pdf> 4- 1267.pdf

2. Feitosa-Filho GS, Peixoto JM, Pinheiro JES, Afiune Neto A, Albuquerque ALT, Cattani AC et al. Atualização das Diretrizes em Cardiogeriatría da Sociedade Brasileira de Cardiologia. Arq Bras Cardiol. 2019; 112(5):649-705.
3. Winnicott, C. D.W.Winnicott.: uma reflexão (1989). In: Winnicott C, Shepherd R, Davis M. Explorações psicanalíticas D.W. Winnicott. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994. p.3
4. Winnicott DW. O primeiro ano de vida concepções modernas de desenvolvimento emocional (1958). In: Winnicott DW. A família e o desenvolvimento individual 2ª.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1997 p.1-20

Genaro Junior, Fernando. Clínica do envelhecimento: o processo de implantação de um serviço de psicologia clínica no SUS [tese]. São Paulo: , Instituto de Psicologia; 2013 [acesso em 19 mar 2021]. doi:10.11606/T.47.2013.tde-22052013-152831.

Goldfarb DC, Corpo, tempo e envelhecimento [dissertação de mestrado] São Paulo: PUC:1997 [acesso em 19 mar 2021] disponível em <https://www.geracoes.org.br/corpo-tempo-e-envelhecimento>

5. Fulgencio L. Por que Winnicott? São Paulo: Zagodoni Editora, 2016. p. 28 6.
- 7.
8. Winnicott DW. A mente e sua relação com o psicossoma (1954). In: Winnicott DW Da pediatria à psicanálise. Obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago Ed, 2000.p. 332-346
9. Beauvoir S. A velhice. 3ªed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira;2018 [acesso em 7 mai 2021] disponível em https://www.google.com.br/books/edition/A_velhice/zlIDwAAQBAJ?hl=ptBR&gbpv=1&dq=psicogerontologia+fundamentos+e+pr%C3%A1tica &printsec=frontcover
10. Safra G. A clínica da maturidade [DVD] São Paulo: Edições Sobornost, 2006
11. Winnicott DW. Desenvolvimento emocional primitivo (1945). In: Winnicott DW Da pediatria à psicanálise Rio de Janeiro: Imago Ed, 2000.p. 218-232
12. Winnicott DW. Aspectos clínicos e metapsicológicos da regressão no contexto analítico (1954). In: Winnicott DW Da pediatria à psicanálise. Obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago Ed, 2000.p. 374-392
13. Winnicott DW. Nota adicional sobre transtorno psicossomático (1969). In: Winnicott C, Shepherd R, Davis M. Explorações psicanalíticas D.W. Winnicott. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994. p.91
14. Winnicott DW. O papel de espelho da mãe e da família no desenvolvimento infantil (1967) In: Winnicott DW. O brincar e a realidade. Rio de Janeiro: Imago Editora: 1975. p.153-162
15. Perez GH. Psicologia em cardiologia: adoecer do coração, cultura contemporânea e subjetividade (2016) In: Kamers M, Marcon HH, Moretto MLT Desafios atuais das práticas em hospitais e nas instituições de saúde. São Paulo: Escuta, 2016. P. 269-291
16. Wajngarten,M. A cardiogeriatría e a prática clínica - Medscape - 17 de agosto de 2018[acesso em 19 mar 2021] disponível em <https://portugues.medscape.com/verartigo/6502677>

17. Winnicott DW. A integração do ego no desenvolvimento da criança (1962). In Winnicott DW. O Ambiente e os Processos de Maturação. 3ª ed Porto Alegre: Artes Médicas, 1990, p. 60.
18. Balint M. A falha básica::aspectos terapêuticos da regressão. 2ª ed. São Paulo:Zagodoni, 2014
19. Winnicott DW. A preocupação materna primária (1956). In: Winnicott DW Da pediatria à psicanálise. Obras escolhidas. Rio de Janeiro: Imago Ed, 2000.p. 399-405
20. Kupermann D. Trauma, sofrimento psíquico e cuidado na psicologia hospitalar. In: Estilos do cuidado: a psicanálise e o traumático. São Paulo: Zagodoni, 2017. p.55-68