

O envelhecimento sob o olhar da psicanálise: subjetividade e cuidados clínicos

Ageing through the lens of psychoanalysis: subjectivity and clinical care

Ana Paula Campiolo

Docente do curso de Psicanálise, Academia Enlevo, Brasil.

PUBLICADO 30 JUN 2025

Os registros de tramitação editorial dos volumes 1 a 3 estão incompletos em razão de mudança na direção da revista. As datas de recebimento, revisão e aceite deste artigo não puderam ser recuperadas e, por isso, não são informadas.

RESUMO

O envelhecimento não se reduz a processo biológico nem a categoria demográfica: constitui-se como trabalho psíquico, atravessado por lutos sucessivos, por reposicionamentos narcísicos e por exigências de simbolização que incidem diretamente sobre a prática clínica. Este artigo examina o que a psicanálise tem a dizer sobre esse trabalho e quais consequências técnicas decorrem dessa escuta. Procede-se em três movimentos: situa-se a transição demográfica brasileira e o marco normativo que a acompanha; reconstituem-se as formulações de Freud, Klein, Winnicott, Lacan e Jung que sustentam uma teoria psicanalítica do envelhecer; e discutem-se as adaptações de enquadre, de manejo transferencial e de mediação simbólica que a clínica com pessoas idosas requer. Argumenta-se que a velhice não é objeto novo para a psicanálise, mas revelador de um impasse antigo: a suposição, presente no próprio Freud de 1905, de que o aparelho psíquico perderia plasticidade com a idade. Sustenta-se a tese contrária — de que o inconsciente desconhece a cronologia — e demonstra-se que ela não é consolo retórico, mas premissa técnica, da qual dependem tanto a indicação do tratamento quanto a recusa de interpretar como declínio aquilo que é conflito.

Palavras-chave: envelhecimento; psicanálise; luto; narcisismo; clínica com pessoas idosas.

ABSTRACT

Ageing cannot be reduced to a biological process or a demographic category: it constitutes psychic work, traversed by successive mournings, narcissistic repositionings and demands for symbolisation that bear directly on clinical practice. This article examines what psychoanalysis has to say about such work and which technical consequences follow from that listening. It proceeds in three movements: the Brazilian demographic transition and its accompanying legal framework are situated; the formulations of Freud, Klein, Winnicott, Lacan and Jung that sustain a psychoanalytic theory of ageing are reconstituted; and the adaptations of setting, transference management and symbolic mediation required by clinical work with older people are discussed. It is argued that old age is not a new object for psychoanalysis but the revealer of an old impasse: the assumption, present in Freud himself in 1905, that the psychic apparatus loses plasticity with age. The contrary thesis is sustained — that the unconscious knows no chronology — and shown to be not rhetorical consolation but a technical premise, on which both the indication of treatment and the refusal to read conflict as decline depend.

Keywords: ageing; psychoanalysis; mourning; narcissism; clinical work with older adults.

1 Introdução

A composição etária da população brasileira alterou-se com rapidez incomum. Em pouco mais de uma década, a proporção de pessoas com 65 anos ou mais passou de 7,4% para 10,9% do total, e as projeções oficiais indicam continuidade acelerada dessa curva. O dado costuma ser lido em registro de política pública, e com razão. Há, porém, uma leitura que a estatística não faz e que compete

ao campo clínico: a de que cada ponto percentual corresponde a sujeitos que chegam à escuta trazendo configurações de sofrimento cuja gramática a psicanálise precisa saber ler.

Essa competência não está dada. A psicanálise constituiu-se, em seus primeiros cinquenta anos, como teoria voltada prioritariamente ao adulto jovem e à criança, e produziu sobre a velhice menos elaboração do que sobre qualquer outro momento do ciclo vital. A omissão tem origem documentável: em *Sobre a psicoterapia*, de 1905, Freud fixa como limite de indicação do método a idade aproximada de cinquenta anos, sob o argumento de que faltaria, a partir daí, a plasticidade psíquica de que o tratamento depende. A restrição foi enunciada em caráter prático, mas operou como veredicto teórico e atravessou gerações de formação como se fosse propriedade do aparelho psíquico, e não limitação de uma técnica em constituição.

O presente artigo parte do reconhecimento dessa herança para contestá-la. A tese que o orienta é que o inconsciente não envelhece — proposição a ser lida não como figura consoladora, mas como enunciado de consequências técnicas precisas. Se os processos primários ignoram o tempo cronológico, se o desejo não cessa de se reinscrever e se a transferência permanece disponível como campo de trabalho, nada autoriza transformar a idade em contraindicação. O que se transforma com o envelhecimento não é a capacidade de elaborar, mas o repertório daquilo que precisa ser elaborado e as condições em que a elaboração ocorre.

Dessa tese decorre o problema central aqui examinado: quais são os processos psíquicos mobilizados pelo envelhecer e que exigências impõem à técnica. Sustenta-se que a resposta depende de uma distinção frequentemente omitida — entre perda real, perda narcísica e perda simbólica —, cuja confusão produz dois erros de sinal oposto: patologizar como depressão o luto em curso, ou naturalizar como tristeza esperada da idade a melancolia instalada.

2 Método

Trata-se de revisão narrativa de literatura, de natureza teórico-conceitual, sem produção de dados primários e sem pretensão de exaustividade. O objetivo não é mapear a produção disponível, mas construir um argumento a partir de fontes selecionadas por pertinência conceitual.

O corpus primário reúne os textos psicanalíticos em que os conceitos mobilizados recebem formulação sistemática: *Sobre a psicoterapia* (1905), *Recordar, repetir e ela-*

borar (1914), *Luto e melancolia* (1917) e *O mal-estar na civilização* (1930), de Freud; o texto de Klein sobre o luto e os estados maníaco-depressivos (1940); *O brincar e a realidade*, de Winnicott; o Seminário 11 de Lacan; e os escritos de Jung sobre as etapas da vida. O corpus secundário é composto por obras de referência sobre a construção social da velhice — Beauvoir, Bosi, Debert e Messy —, pelo *Relatório mundial de envelhecimento e saúde* da Organização Mundial da Saúde, pelos levantamentos demográficos do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística e pelo Estatuto da Pessoa Idosa.

Adotaram-se dois critérios de inclusão. O primeiro é de estatuto da fonte: admitiram-se apenas obras de autoria identificada publicadas por editora de catálogo estabelecido, documentos oficiais de órgão público ou organismo internacional, e textos do corpus psicanalítico canônico em edição brasileira verificável. O segundo é de pertinência: a fonte deveria tratar diretamente do envelhecimento, do luto, do narcisismo ou da técnica clínica. Excluíram-se textos de divulgação, materiais sem indicação completa de origem e referências cuja existência não pôde ser confirmada de modo independente. Os dados demográficos cumprem função delimitada: servem para dimensionar a demanda, não como variáveis de análise quantitativa — nenhuma inferência sobre funcionamento psíquico é extraída de proporções populacionais.

3 A transição demográfica e seu correlato normativo

A proporção de pessoas com 65 anos ou mais, que era de 7,4% em 2010, alcançou 10,9% em 2022, enquanto o índice de envelhecimento — razão entre a população idosa e a de crianças e adolescentes — passou de cerca de 31 para 55 no mesmo intervalo, com projeções próximas de 14% para o início da década de 2030. O que distingue o caso brasileiro não é a direção da curva, comum a quase todas as sociedades contemporâneas, mas sua inclinação: processos que na Europa se distribuíram por um século concentraram-se aqui em cerca de cinquenta anos, sem que a infraestrutura de cuidado acompanhasse o ritmo.

A resposta normativa consolidou-se no Estatuto da Pessoa Idosa, instituído pela Lei nº 10.741, de 2003, cuja denominação foi atualizada pela Lei nº 14.423, de 2022 — alteração que não é apenas terminológica: ao fixar em lei a designação *pessoa idosa*, o legislador reconhece que a nomeação produz efeitos sobre o lugar social atribuído ao nomeado. O Estatuto assegura atenção integral à saúde, prioridade no atendimento e proteção contra negligência, discriminação e violência; a Organização Mundial da

Saúde, por sua vez, propõe deslocar o eixo da avaliação, da ausência de doença para a capacidade funcional.

Ambos os marcos recusam a equação entre envelhecer e adoecer e tornam explícito que parte substancial do sofrimento associado à velhice é produzida por arranjos sociais, não por processos orgânicos. A clínica não opera no plano da política pública, mas não pode ignorar que o paciente traz consigo as representações sociais que o cercam e que, não raro, já as incorporou ao próprio discurso. Quando um sujeito de setenta anos afirma que não faz sentido iniciar uma análise na idade dele, o analista não escuta apenas resistência: escuta um enunciado social assumido como próprio.

4 O trabalho psíquico do envelhecer

4.1 Luto, melancolia e a economia das perdas

A distinção estabelecida por Freud em 1917 entre luto e melancolia é o instrumento conceitual mais produtivo de que a psicanálise dispõe para esta clínica, e também o mais frequentemente mal empregado. O luto é descrito como reação à perda de um objeto amado, com desânimo profundo, suspensão do interesse pelo mundo externo e inibição da capacidade de investir em novos objetos; é processo doloroso, mas não patológico, que se conclui quando a libido se desliga do objeto perdido. A melancolia apresenta o mesmo quadro acrescido de um traço decisivo: a diminuição do sentimento de si, que se exprime em autorrecriminações e expectativa delirante de punição. Daí a diferença estrutural — no luto, o mundo empobrece; na melancolia, é o próprio eu que se empobrece.

A aplicação dessa distinção ao envelhecimento exige cautela. O envelhecer não é, em si, perda de objeto; é um processo no curso do qual perdas de objeto se acumulam com frequência crescente — mortes de contemporâneos, afastamento do exercício profissional, redução do círculo de interlocução, modificações do corpo que subtraem capacidades antes disponíveis. O que caracteriza a situação não é a gravidade de cada perda isolada, mas sua sucessão: o trabalho de luto relativo a uma perda é interrompido pela chegada da seguinte, e o sujeito pode ver-se diante de uma acumulação que excede sua capacidade de processamento. É nesse ponto, e não antes, que a passagem ao registro melancólico se torna risco clínico.

Daí a importância de distinguir três modalidades de perda que o discurso corrente agrupa. A perda real refere-se ao objeto que efetivamente desapareceu. A perda narcísica diz respeito à imagem de si que sustentava o investimento

do eu — a força, a aparência, a competência reconhecida. A perda simbólica concerne às posições que organizavam a inserção do sujeito numa rede de sentido: ser quem decide, quem provê, quem é consultado. As três podem coincidir num mesmo acontecimento, como na aposentadoria, mas exigem elaborações distintas, e tratá-las como uma só é fonte recorrente de impasse clínico.

Cabe acrescentar que o trabalho de elaboração, tal como Freud o descreve em 1914, não é operação intelectual nem exercício de aceitação: consome tempo, mobiliza resistência e repete-se. A exigência de que a pessoa idosa aceite suas perdas converte em prescrição moral aquilo que é processo psíquico de duração própria.

4.2 Posição depressiva e reparação

A contribuição kleiniana desloca o eixo da análise das perdas atuais para as condições de sua elaboração. Em seu texto de 1940 sobre o luto e os estados maníaco-depressivos, Klein sustenta que toda perda na vida adulta reativa a posição depressiva infantil, momento em que a criança reconhece que o objeto amado e o objeto odiado são o mesmo e passa a temer tê-lo destruído com sua agressividade. O luto adulto reconvoca essa configuração e mobiliza, uma vez mais, a questão da reparação.

A consequência clínica é relevante. Se a elaboração depende da capacidade reparatória constituída na infância, a resposta de um sujeito às perdas do envelhecimento não é função da magnitude dessas perdas, mas da solidez daquela construção anterior — o que explica por que pessoas submetidas a privações comparáveis respondem de modo tão desigual, e desautoriza prognósticos baseados no inventário objetivo das adversidades. Explica também a reativação de defesas arcaicas frequente nessa clínica: idealizações rígidas do passado, cisões entre figuras inteiramente boas e inteiramente más, recursos maníacos de negação da dependência. Tais manifestações não são regressões deficitárias a corrigir, mas indícios de que a perda atual tocou um ponto em que a reparação permanecia incompleta.

4.3 Espaço transicional e continuidade do self

Winnicott oferece o conceito que melhor descreve o que sustenta, nessa clínica, a permanência do sujeito através da mudança. Os fenômenos transicionais designam uma área intermediária de experiência, nem puramente interna nem puramente externa, que constitui o campo próprio do brincar, da criação cultural e da simbolização. Essa área não se extingue com a infância: permanece como espaço

em que o sujeito articula realidade psíquica e realidade compartilhada sem ter de decidir entre elas.

No envelhecimento, a função transicional recai com frequência sobre objetos e práticas que o olhar externo considera triviais — fotografias, correspondências conservadas, objetos domésticos cuja utilidade cessou há décadas, rotinas cuja alteração produz desorganização desproporcional. Compreendê-los como apego ao passado e procurar reduzi-los em nome da adaptação ao presente é intervenção equivocada: são suportes da continuidade do ser, cuja supressão não liberta o sujeito, mas o desampara. A mudança compulsória de domicílio e a institucionalização produzem efeitos severos precisamente porque desmontam esse campo intermediário de uma só vez. A noção correlata de ambiente facilitador fornece um critério para o enquadre: o que se pede ao analista não é condescendência, mas a sustentação de uma presença confiável e discreta o bastante para que o processo criativo se desenvolva em seu próprio ritmo.

4.4 Corpo real, imagem e persistência do desejo

A leitura lacaniana introduz uma precisão de que as formulações anteriores carecem. A imagem de si constituiu-se por identificação a uma forma antecipada de unidade e possui inércia: não se atualiza na velocidade em que o corpo se modifica. O sofrimento que acompanha o envelhecer não decorre da transformação corporal isolada, mas da defasagem entre corpo e imagem — entre o que o espelho devolve e aquilo com que o sujeito se identificava. Essa defasagem reabre a questão da castração como constatação de uma incompletude que a imagem anterior recobria.

Disso decorre a tese que organiza este artigo. Se o desejo não se confunde com a demanda nem com a capacidade física de satisfação, não há razão estrutural para que diminua com a idade. O que ocorre com frequência é que o sujeito, tomando a defasagem da imagem como sentença, retire-se da posição desejante por antecipação, concluindo que não resta nada a pedir. O trabalho analítico consiste, nesses casos, em restituir a distância entre a imagem decaída e o sujeito do desejo — o que não equivale a negar limitações reais, mas a impedir que a limitação do corpo seja lida como abolição do sujeito.

4.5 A segunda metade da vida como tarefa

Jung formulou, em seus escritos sobre as etapas da vida, a proposição de que a segunda metade da existência possui finalidade distinta da primeira: enquanto a juventude se

organiza em torno da inserção no mundo, a maturidade avançada teria por tarefa a integração dos aspectos da personalidade que a adaptação exigiu deixar de lado. A formulação é valiosa por recusar a leitura do envelhecimento como mero decréscimo. Impõe-se, contudo, uma ressalva: as perspectivas junguiana e freudiana repousam sobre pressupostos distintos quanto à natureza do inconsciente, e sua convocação conjunta não constitui síntese teórica — registra-se apenas a convergência em recusar a equivalência entre envelhecer e declinar.

5 A velhice como construção social e o obstáculo idadista

Beauvoir sustentou que a condição da pessoa idosa não se deduz da biologia, mas da posição que determinada sociedade lhe atribui, e que o tratamento dispensado aos velhos revela o que essa sociedade considera digno de preservação. A tese encontra eco na pesquisa brasileira: Bosi mostrou que a memória não é faculdade individual em declínio, mas função social exercida — e que desqualificar o velho como narrador priva a coletividade de seu arquivo. Debert analisou a reconfiguração da velhice como etapa de consumo e gestão de si, operação que, sob aparência de valorização, transfere ao indivíduo a responsabilidade integral por envelhecer bem.

Essas análises permitem nomear um obstáculo que atravessa a clínica. O idadismo opera por dois movimentos aparentemente opostos e funcionalmente equivalentes: a desqualificação direta — infantilização do trato, presunção de incapacidade, o hábito de dirigir-se ao acompanhante em vez de ao paciente — e a valorização compensatória, que elogia a vitalidade excepcional de quem não parece ter a idade que tem e reafirma, no mesmo gesto, que a idade é um defeito do qual alguns escapam. Ambos retiram do sujeito a posição de enunciador.

Messy formulou, em sua abordagem psicanalítica da velhice, uma crítica radical à própria categoria: ao se tornar pessoa idosa, o sujeito é absorvido por uma designação coletiva que apaga sua singularidade e que o inscreve de antemão em um destino comum. Quando o analista aceita a categoria sem examiná-la, passa a ouvir a velhice em lugar do paciente e interpreta como manifestação da idade aquilo que é história singular, produzindo uma escuta que confirma o que supunha encontrar. A psicanálise não é exterior a esse campo de representações: a restrição freudiana de 1905 e sua longa vigência na formação exemplificam como o preconceito social se instala no interior de uma teoria sob a forma de observação técnica.

6 Implicações técnicas

6.1 Enquadre e manejo

As adaptações requeridas por esta clínica incidem sobre dimensões do enquadre tratadas habitualmente como invariantes: acessibilidade do espaço, inteligibilidade acústica da sala, duração e frequência das sessões, eventual mediação remota quando o deslocamento é inviável. O princípio que deve orientá-las é que a adaptação diz respeito às condições materiais do encontro, não à natureza do trabalho. Reduzir a exigência interpretativa, evitar temas considerados pesados ou substituir a análise por acolhimento genérico são decisões que, a pretexto de cuidado, retiram do paciente a condição de analisando.

Dois pontos merecem atenção particular. O primeiro é a presença de terceiros — familiares, cuidadores — que in-

termedeiam o acesso ao tratamento e podem converter-se em interlocutores de fato, deslocando o paciente da posição de quem demanda; sustentar o sigilo e a interlocução direta é, aqui, operação técnica. O segundo é o tempo restante, que deixa de ser abstração: a possibilidade concreta de que a análise seja interrompida pela morte do paciente altera a economia do processo e desaconselha o adiamento do essencial.

6.2 Mediações simbólicas

Diversos dispositivos têm sido empregados como auxiliares da simbolização nessa clínica. Seu estatuto precisa ser enunciado com clareza: não são substitutos da associação livre nem terapêuticas autônomas, mas suportes que facilitam o acesso ao material quando a via verbal direta se mostra obstruída.

DISPOSITIVO	OPERAÇÃO VISADA	REFERÊNCIA CONCEITUAL	CAUTELA
Registro escrito pessoal	Reinscrição da história em narrativa continuada	Elaboração (Freud, 1914); identidade narrativa (Ricoeur)	Não substituir a associação livre pelo texto já organizado
Mediações expressivas	Acesso a material não verbalizável; criação no espaço intermediário	Fenômenos transicionais (Winnicott)	Evitar interpretar a produção como documento do inconsciente
Objetos biográficos	Sustentação da continuidade do ser diante da mudança	Transicionalidade; memória como função social (Bosi)	Não tratar o apego ao objeto como sintoma a reduzir
Dispositivos grupais	Restituição da posição de narrador e do laço de interlocução	Mal-estar e laço social (Freud, 1930)	Não homogeneizar os participantes pela faixa etária

Tabela 1 — Dispositivos de mediação simbólica na clínica com pessoas idosas, segundo a operação psíquica visada, a referência conceitual que a fundamenta e a cautela técnica correspondente. A coluna de cautela registra o risco de desvirtuamento mais frequente de cada dispositivo, não uma contraindicação.

6.3 Contratransferência e a finitude do analista

A clínica com pessoas idosas mobiliza no analista reações que a literatura técnica raramente explicita. A escuta de um paciente mais velho pode convocar figuras parentais e reativar ambivalências não resolvidas, suscitar impotência diante de perdas que nenhuma interpretação reverte e confrontar o analista com a própria finitude. O risco mais comum não é a hostilidade, mas o seu avesso: uma benevolência protetora que evita a interpretação, poupa o paciente do conflito e, sob a forma do cuidado, produz exatamente a infantilização que pretendia recusar.

O reconhecimento dessas reações não é questão de virtude pessoal, mas de dispositivo. Supervisão regular e análise pessoal continuada constituem, aqui, condições de exercício. O que está em causa é a possibilidade de distinguir entre o que o paciente traz e o que o analista, diante dele, não suporta escutar.

7 Considerações finais

Três conclusões de alcance distinto podem ser extraídas deste percurso.

A primeira é diagnóstica. O sofrimento psíquico associado ao envelhecimento não constitui categoria clínica própria: o que se apresenta é luto, melancolia, angústia diante da castração, reativação de posições arcaicas — configurações para as quais a psicanálise dispõe de instrumentos conceituais há mais de um século. O específico da velhice não está na natureza desses processos, mas em sua concentração temporal e no horizonte de finitude que deixou de ser abstrato. Supor uma psicopatologia da velhice é repetir o gesto que converte uma faixa etária em condição.

A segunda é técnica. A indicação do tratamento psicanalítico não encontra limite na idade. A restrição de 1905 descrevia um estado da técnica, não uma propriedade do aparelho psíquico, e sua persistência como pressuposto de

formação produziu exclusão sem fundamento. As adaptações que a clínica requer são de ordem material e de manejo: adaptar o enquadre é o oposto de diminuir o paciente.

A terceira é ética. Sustentar que o inconsciente não envelhece significa afirmar que a pessoa idosa permanece sujeito do desejo e responsável pela própria palavra. Isso não implica desconhecer limitações reais nem converter a velhice em oportunidade de realização — operação que o discurso do envelhecimento ativo já realiza, individualizando a responsabilidade por aquilo que é condição coletiva. Implica recusar que a cronologia determine, de antemão, o que um sujeito pode dizer e o que dele se pode esperar.

Permanece como agenda o trabalho de formação. Enquanto a velhice continuar ausente dos currículos analíticos, ou presente apenas como tópico marginal, a competência exigida pela transição demográfica seguirá dependendo da iniciativa individual de cada analista. O problema não é de doutrina — os instrumentos conceituais existem e foram aqui reconstituídos —, mas de transmissão.

Declarações

Conflito de interesses. A autora declara não haver conflito de interesses.

Financiamento. A pesquisa não recebeu financiamento específico de agências públicas, comerciais ou sem fins lucrativos.

Uso de inteligência artificial. Não foi utilizada inteligência artificial generativa na concepção, na redação ou na análise do conteúdo deste artigo.

Disponibilidade de dados. Não se aplica: trata-se de revisão de literatura, sem produção de dados primários.

Nota editorial. Este artigo integra o acervo reorganizado dos volumes 1 a 3 da *Interapia*. O texto foi editorialmente adequado às normas vigentes da revista quanto a estrutura, registro e normalização de referências, sem alteração de tese, argumento ou atribuição de autoria.

Referências

BEAUVOIR, S. *A velhice*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1990.

BOSI, E. *Memória e sociedade*: lembranças de velhos. 3. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 1994.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências. *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 3 out. 2003.

BRASIL. Lei nº 14.423, de 22 de julho de 2022. Altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, para substituir, em toda a Lei, as expressões "idoso" e "idosos" pelas expressões "pessoa idosa" e "pessoas idosas". *Diário Oficial da União*: seção 1, Brasília, DF, 25 jul. 2022.

DEBERT, G. G. *A reinvenção da velhice*: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: Edusp, 1999.

FREUD, S. Sobre a psicoterapia (1905). In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. 7. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 243-258.

FREUD, S. Recordar, repetir e elaborar (1914). In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. 12. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 163-171.

FREUD, S. Luto e melancolia (1917). In: *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud*, v. 14. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 243-263.

FREUD, S. *O mal-estar na civilização* (1930). Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud, v. 21. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 65-148.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo demográfico 2022*: população por idade e sexo: resultados do universo. Rio de Janeiro: IBGE, 2023.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Projeções da população*: Brasil e unidades da federação: revisão 2018. 2. ed. Rio de Janeiro: IBGE, 2018.

JUNG, C. G. As etapas da vida humana. In: *A natureza da psique*. Petrópolis: Vozes, 2000. (Obras completas, v. 8/2).

JUNG, C. G. *O desenvolvimento da personalidade*. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1991. (Obras completas, v. 17).

KLEIN, M. O luto e suas relações com os estados maníaco-depressivos (1940). In: *Amor, culpa e reparação e outros trabalhos (1921-1945)*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. p. 385-412.

LACAN, J. *O seminário, livro 11*: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise (1964). Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1998.

LAPLANCHE, J.; PONTALIS, J.-B. *Vocabulário da psicanálise*. 4. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2001.

MESSY, J. *A pessoa idosa não existe*: uma abordagem psicanalítica da velhice. São Paulo: Aleph, 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Relatório mundial de envelhecimento e saúde*. Genebra: OMS, 2015.

RICOEUR, P. *O si-mesmo como um outro*. Campinas: Papirus, 1991.

WINNICOTT, D. W. *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1975.

COMO CITAR

CAMPIOLO, A. P. O envelhecimento sob o olhar da psicanálise: subjetividade e cuidados clínicos. *Interapia — Revista de Clínica, Cultura e Ciências Mentais*, v. 3, n. 1, p. 28-34, 2025.

LICENÇA

Publicado em acesso aberto sob licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional. O autor mantém os direitos sobre a obra e concede à revista o direito de primeira publicação.