

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA  
CONSELHOS REGIONAIS DE PSICOLOGIA  
CENTRO DE REFERÊNCIA TÉCNICA EM PSICOLOGIA  
E POLÍTICAS PÚBLICAS – CREPOP

**REFERÊNCIAS TÉCNICAS PARA ATUAÇÃO DE  
PSICÓLOGAS(OS) JUNTO ÀS PESSOAS IDOSAS  
NAS POLÍTICAS PÚBLICAS**

**VERSÃO DESTINADA À CONSULTA PÚBLICA. NÃO RECOMENDAMOS  
A CITAÇÃO DESTE TEXTO. EM BREVE A VERSÃO FINAL SERÁ  
PUBLICADA.**

**COMISSÃO DE ELABORAÇÃO DO  
DOCUMENTO**

**Conselheiras Responsáveis – XIX Plenário:**

Fabiane Rodrigues Fonseca  
Rosana Mendes Éleres de Figueiredo  
Maria Carolina Fonseca Barbosa Roseiro

**Especialistas**

Deusivania Vieira da Silva Falcão  
Dóris Firmino Rabelo  
Joana Finkelstein Veras  
Josevânia da Silva  
Priscila Albuquerque Monteiro  
Rute Maria Velasquez Santos

Brasília, 2025

**VERSÃO DESTINADA À CONSULTA PÚBLICA. NÃO RECOMENDAMOS A CITAÇÃO DESTE TEXTO. EM BREVE A VERSÃO FINAL SERÁ PUBLICADA.**

© 2025 Conselho Federal de Psicologia

É permitida a reprodução desta publicação, desde que sem alterações e citada a fonte. Disponível também em: [www.cfp.org.br](http://www.cfp.org.br).

Projeto Gráfico: Agência Movimento

Diagramação: Agência Movimento

Revisão e normalização: | MC&G Design Editorial

**Referências bibliográficas conforme ABNT NBR**

Direitos para esta edição – Conselho Federal de Psicologia:

SAF/SUL Quadra 2,

Bloco B, Edifício Via Office, térreo, sala 104, 70070-600, Brasília/DF

(61) 2109-0107

E-mail: [ascom@cfp.org.br](mailto:ascom@cfp.org.br)/[www.cfp.org.br](http://www.cfp.org.br)

Impresso no Brasil

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)

## **Informações da Edição**

### **Coordenação Geral/ CFP**

Emanuelle Santos Silva – Coordenadora-Geral Estratégica  
Rafael Taniguchi – Coordenador-Geral Executivo

### **Gerência de Comunicação**

Marília Mundim da Costa – Gerente  
Raphael de Oliveira Gomes – Assessor

### **Coordenação Nacional do CREPOP/CFP**

Clarissa Paranhos Guedes – Conselheira CFP  
Neuza Maria de Fátima Guareschi – Conselheira CFP  
Mateus de Castro Castelluccio – Supervisor  
Queli Cristina do Couto Araújo – Analista técnica – Psicóloga  
Hugo Felipe da Silva Lima – Assessor  
Laís de Andrade Santos – Estagiária  
Lorenzo dos Santos Konageski – Estagiário

## **Integrantes das Unidades Locais do Crepop nos CRPs**

**Conselheiras(os):** Isadora Cristine Dourado Araújo (CRP01); Marcos Paulo Cavalcanti dos Santos e Lucimary Bezerra Florentino Alves Serapião (CRP02); Marcelo Tourinho de Garcia Soares e Cíntia Palma Bahia (CRP03); Paula de Paula e Ana Maria Prates da Silva e Silva (CRP04); Luisa Bertrami D'Angelo e Isabel Scrivano Martins Santa Bárbara (CRP05); Mônica Cintrão França Ribeiro e Janaína Darli Duarte Simão (CRP06); Jéssica Prudente, Luis Henrique da Silva Souza (CRP07); Kathia Regina Galdino de Godoy (CRP08); Ana Flávia Vieira de Mattos (CRP09); Ana Tereza Frade de Araujo e Jureuda Duarte Guerra (CRP10); Andrea Ferreira Lima Esmeraldo e Francisco Theofilo de Oliveira Gravinis (CRP 11); Cleidi Mara dos Santos e Paula Helena Lopes (CRP12); Carla de Sant'Ana Brandão Costa (CRP13); Camilla Fernandes Marques e Bárbara Marques Rodrigues (CRP14); Everton Fabrício Calado (CRP15); Ana Claudia Gama Barreto (CRP16); Flavia Alves da Silva (CRP17); Amailson Sandro de Barros (CRP18); Mário Silvio de Souza Fraga (CRP19); Jocélio Branco Camargo (CRP 20); Rafa Moon Carvalho Pires da Silva (CRP21); Péricles de Souza Macedo (CRP22); Karla Milhomem Cardoso (CRP23); Edna Mônica da Silva Wobeto (CRP24).

**Técnicas(os):** Sara da Silva Meneses (CRP01); Luísa Marianna Vieira da Cruz (CRP02); Natani Evlin Lima Dias, Amanda Rocha Oliveira, Chaiane dos Santos, Gabriella Maria Sampaio Porto e Indyara Indi Andrade de Souza (CRP03); Liziane Karla de Paula (CRP 04) e Luciana M. S. Franco (CRP04); Roberta Brasilino Barbosa (CRP05); Caio Vinícius Infante de Melo (CRP06); Jordan Severo de Mello (CRP07); Altieres Edemar Frei (CRP08); Regina Magna Fonseca (CRP09); Letícia Maria Soares Palheta (CRP10); Djanira Luiza Martins de Sousa (CRP11); Pâmela Lunardelli Trindade (CRP12); Katuska Araújo Duarte (CRP13); Rebeca de Lima Pompilio e Thalia Ternovoe Nepomuceno (CRP14); Liércio Pinheiro de Araújo (CRP15); Dilineia Souza Bragança (CRP16); Zilanda Pereira Lima (CRP17);

Jackeline Jardim Mendonça (CRP18); Lidiane de Melo Drapala (CRP19); Lucijane Lima de Almeida (CRP20); Lindionne Ribeiro de Sousa (CRP21); Francisco Valberto dos Santos Neto (CRP22); Rhanielle Rodrigues Silva (CRP23); Wesley Felipe Marques Humassa (CRP24); Socorro de Souza Oliveira (CRP24)

**Estagiárias(os):** Sara Batista Rocha (CRP01); Maria Moniely Martins Ferreira (CRP02); Andrei Oliveira do Amaral, João Pedro Nascimento Sousa e Vitória das Mercês Pinho (CRP03); Cássia Gabriela Fagundes (CRP04); Gabriela Santos de Paiva e Isabela Cristina Álvares Cruz (CRP04); Lucas Alexandrino de Oliveira e Julia Santos Rocha (CRP06); Cecília da Silva Freitas (CRP07); Helena Vicente (CRP08); Jessica Sofia Batista de Aquino (CRP10); Pedro Yuri da Paz Barbosa (CRP11); Isadora Silva Rodrigues (CRP12); Ana Clara Rotilli Vieira e Anna Clara Santos Lucati (CRP14); Wanna Franciene Oliveira de Albuquerque (CRP15); Andreza Ribeiro de Sousa (CRP17); Mariana Espindola Borgato (CRP18); Maria Clara Aquino Silva (CRP22); Valéria de Oliveira Santos (CRP23).

versão consulta pública

**PLENÁRIO RESPONSÁVEL PELA REVISÃO  
CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA  
XIX Plenário Gestão 2023-2025**

**Conselheiras(os) Efetivas(os)**

Pedro Paulo Gastalho de Bicalho	Presidente
Alessandra Santos de Almeida	Vice-Presidente (a partir de 23/04/2024)
Izabel Augusta Hazin Pires	Secretária
Célia Mazza de Souza	Tesoureira
Ivani Francisco de Oliveira	Vice- Presidente (16/12/2022 a 19/04/2024)

Carla Isadora Barbosa Canto	Secretária Região Norte
Juliana de Barros Guimarães	Secretária Região Nordeste
Carolina Saraiva	Secretária da Região Centro-Oeste
Roberto Chateaubriand Domingues	Secretário Região Sudeste
Neuza Maria de Fátima Guareschi	Secretária Região Sul

**Conselheiras(os) Suplentes**

Edilaise Santos Vieira	Suplente
Evandro Morais Peixoto	Suplente
Rodrigo Acioli Moura	Suplente
Fabiane Rodrigues Fonseca	Suplente Região Norte
Clarissa Paranhos Guedes	Suplente Região Nordeste Gabriel
Henrique Pereira de Figueiredo	Suplente Região Centro Oeste
Maria Carolina Fonseca Barbosa Roseiro	Suplente Região Sudeste
Marina de Pol Poniwas	Suplente Região Sul

**Convidadas(os)**

Antonio Virgílio Bittencourt Bastos  
Raquel Souza Lobo Guzzo  
Rosana Mendes Éleres de Figueiredo  
Jefferson de Souza Bernardes

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABRAZ	Associação Brasileira de <i>Alzheimer</i>
AMB	Associação Médica Brasileira
ANPEPP	Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância sanitária
APA	Associação Americana de Psicologia
APHRC	<i>African Population and Health Research Center</i>
APP	Associação Portuguesa de Psicogerontologia
APS	Atenção Primária à Saúde
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CFP	Conselho Federal de Psicologia
covid-19	coronavírus <i>disease</i> 2019
CRAS	Centros de Referência de Assistência Social
CREAS	Centros de Referência Especializado de Assistência Social
CREPOP	Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas
CMDPI	Conselhos Municipais dos Direitos das Pessoas Idosas
CNDPI	Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa
CoNaDe	Coalizão Nacional pelas Demências
DCNs	Diretrizes Curriculares Nacionais
EACH	Escola de Artes, Ciências e Humanidades
EFPA	<i>European Federation of Psychologists Associations</i>
ELSI-Brasil	Estudo Longitudinal de Saúde dos Idosos Brasileiros
ESFs	Estratégias de Saúde da Família

FIA- USP	Fundação Instituto de Administração- Universidade de São Paulo
FIBRA	Pesquisa sobre Estudos da Fragilidade em Idosos Brasileiros
FPOP	<i>Faculty of the Psychology of Older People</i>
GTEPPE	Grupo de Trabalho Estudos e Práticas da(o) Psicóloga(o) no Contexto do Envelhecimento Populacional
GTPEV	O Grupo de Trabalho Psicologia, Envelhecimento e Velhice
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IAG	Associação Internacional de Gerontologia
IAGG	Associação Internacional de Gerontologia e Geriatria
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ILPIs	Instituições de Longa Permanência para Idosos
IPA	<i>International Psychogeriatric Association</i>
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social
LGBTQIA +	lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros, <i>queer</i> , intersexuais, assexuais e demais orientações sexuais e identidades de gênero
MIQA	Multidimensional Integrado de Qualidade e Atendimento
MP	Ministério Público
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
NIA	<i>National Institute on Aging</i>
NIETI	Núcleo Integrado de Estudos e Pesquisas da Terceira Idade
OAB	Ordem dos Advogados do Brasil
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONGs	Organizações não Governamentais
ONU	Organização das Nações Unidas

OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PAIF	Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família
PCC	Projetos Pedagógicos de Curso
PCFA	Populações do Campo, da Floresta e das Águas
PEACE	Educação Positiva sobre Envelhecimento e Experiências de Contato
PNADC	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua
PNI	Política Nacional do Idoso
PNSIPCF	Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PPCT	Processo-Pessoa-Contexto-Tempo
PRAC/UF PB	Pró-Reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários da Universidade Federal da Paraíba
PTS	Plano Terapêutico Singular
PUC-RS	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
PUC-SP	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
RENADI	Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa
SBG	Sociedade Brasileira de Geriatria
SBGG	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia
SEAS	Serviço Especializado de Abordagem Social
SIPI	<i>Società Italiana Psicologia dell'Invecchiamento</i>
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UFPA	Universidade Federal do Pará
ULAPSI	União Latino-Americana de Entidades de Psicologia

UNICAMP	Universidade Estadual de Campinas
Uniterci	Programa de Extensão Universidade da Pessoa Idosa
USFCar	Universidade Federal de São Carlos
USP	Universidade de São Paulo

versão consulta pública

## **SUMÁRIO**

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>12</b>
<b>EIXO 1: DIMENSÃO ÉTICO-POLÍTICA DO ENVELHECIMENTO</b>	<b>24</b>
Atuação da Psicologia nas políticas públicas para a pessoa idosa	24
Valorização e Marginalização da velhice: Perspectiva histórica e contextualização sociocultural	26
Marcos legais e históricos das políticas públicas para a população idosa	28
Instituições de longa permanência para idosos- ILPIs: realidades e desafios	39
Estatuto da pessoa idosa: adaptações legais e avanços normativos	42
Conferências e controle social: a Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa- RENADI	42
Década do envelhecimento saudável 2020-2030: perspectivas globais e ações locais	44
<b>EIXO 02: PSICOLOGIA E ENVELHECIMENTO</b>	<b>49</b>
Geriatria, Psicogeriatria, Gerontologia e Psicogerontologia: Definições e diferenciações conceituais	49
Psicogerontologia: Breve histórico e consolidação como campo científico	53
Processos de desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas teóricas e paradigmas contemporâneos	65
Interseccionalidade na Psicogerontologia: Conceito e ferramenta para a atuação das (os) psicólogas(os)	72
A importância de reconhecer e combater o idadismo na prática psicológica	79
Considerações iniciais sobre a violência contra a pessoa idosa	80
<b>EIXO 03: ATUAÇÃO DA(O) PSICÓLOGA(O) NOS SERVIÇOS ESPECÍFICOS</b>	<b>88</b>
Diretrizes balizadoras da atuação profissional das(os) psicólogas(os) junto às pessoas idosas nos programas das políticas públicas	88
Multidimensionalidade da pessoa idosa	90

Atuação em Psicogerontologia: abordagem interdisciplinar, interprofissional e intersetorial	107
Intersetorialidade: Ampliação das redes de cuidado	109
A importância da cultura institucional e do conhecimento comunitário	110
Promoção da saúde e bem-estar do envelhecimento	111

#### **EIXO 04: FORMAÇÃO DE PSICÓLOGAS(OS) E NOVAS PERSPECTIVAS DE ATUAÇÃO JUNTO AO ENVELHECIMENTO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS**

Impacto do envelhecimento populacional na Psicologia e na formação profissional	137
Lacunas na formação acadêmica em Psicogerontologia	139
Diretrizes Curriculares Nacionais- DCNs e a necessidade de uma formação crítica e inclusiva sobre o envelhecimento	140
Fragmentação do ensino sobre envelhecimento e seus efeitos na prática profissional	143
Perspectivas e desafios para a inclusão de conteúdos e estágios em Psicogerontologia	144
Estereótipos etários e o idadismo na desvalorização da área	147
Psicogerontologia: Importância do campo emergente e reconhecimento profissional	150
Proposta de inclusão do tema nos currículos e na formação continuada	152
Recomendação de políticas públicas institucionais, educacionais e intersetoriais	154
Considerações Finais	157

#### **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

#### **CONHEÇA AS DEMAIS REFERÊNCIAS TÉCNICAS PUBLICADAS PELO CREPOP**

## INTRODUÇÃO

As dimensões do envelhecimento e a necessidade de abordagens coordenadas no cuidado à pessoa idosa representam desafios globais e nacionais urgentes, demandando atenção prioritária em políticas públicas. Essa necessidade é respaldada por indicadores da Organização Mundial da Saúde (OMS) e do IBGE, que evidenciam a magnitude e a complexidade dessas questões em escala global e nacional.

De acordo com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), a população idosa deve crescer exponencialmente nas próximas décadas. Em 2020, havia cerca de 1 bilhão de pessoas com 60 anos ou mais, e esse número deverá alcançar 1,4 bilhão até 2030. Em 2050, estima-se que a população idosa global ultrapassará 2,1 bilhões, representando aproximadamente um quinto da população mundial (OPAS, 2020). Além disso, o número de pessoas com 80 anos ou mais triplicará entre 2020 e 2050, atingindo cerca de 426 milhões. Essa mudança demográfica ocorre de forma desigual: enquanto países de alta renda enfrentam desafios associados ao envelhecimento há décadas, as nações de baixa e média renda vivenciam um crescimento acelerado e sem precedentes (OPAS, 2020).

No Brasil, os dados do último censo indicaram que a população com mais de 60 anos representa 15,6% do total, com projeções para atingir 31% até 2050 (IBGE, 2022). Em números absolutos, são mais de 32,1 milhões de pessoas idosas, um aumento de 56% em comparação com os dados de 2010. Dessas, 55,7% são mulheres e 44,3% são homens, evidenciando a feminização da velhice no país (IBGE, 2022).

Diante desse cenário, tornam-se imprescindíveis estratégias de promoção de cuidado integral à pessoa idosa, atendendo às suas necessidades ao longo de todo o curso de vida. Para isso, é necessário articular políticas intersetoriais que envolvam governos, organizações da sociedade civil, setor privado, instituições acadêmicas e científicas. Esse modelo de cuidado exige um compromisso ético e técnico, orientado pelos princípios de equidade, interseccionalidade e promoção dos direitos humanos.

A Psicologia, enquanto ciência e profissão, assume um papel fundamental no contexto das políticas públicas voltadas à pessoa idosa, sobretudo em ações que considerem as múltiplas dimensões do envelhecimento: biopsicossociais, espirituais, históricas, culturais, familiares e econômicas. Essas dimensões demandam práticas baseadas em evidências, alinhadas aos marcos legais vigentes, como o Estatuto da Pessoa Idosa (2003), a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (2006) e as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

Diante das necessidades atuais e futuras da população idosa, torna-se imperativo refletir, planejar e implementar estratégias que fortaleçam a atuação dos profissionais de Psicologia no mercado de trabalho, bem como consolidar a formação acadêmica, a pesquisa científica e o desenvolvimento de modelos psicossociais voltados para a prevenção do adoecimento mental. Além disso, é fundamental propor políticas públicas robustas que apoiem o Estado no cumprimento efetivo dos direitos dessa população, garantindo proteção, dignidade e qualidade de vida.

No contexto das políticas públicas, destaca-se a urgência em enfrentar as precárias condições de habitação, trabalho, educação, alimentação, seguridade social e outros determinantes sociais que historicamente impactam o envelhecimento digno no Brasil. Essa realidade evidencia desigualdades profundas que fragilizam a capacidade de envelhecer com autonomia e segurança. Portanto, o enfrentamento dessas vulnerabilidades deve ocorrer sob uma perspectiva coletiva, integrando os aspectos sociais, estruturais e históricos que fundamentam as desigualdades e perpetuam as exclusões sociais.

É imprescindível reconhecer que essas vulnerabilidades não são isoladas ou eventuais; elas resultam de processos históricos e estruturais que perpetuam a marginalização da pessoa idosa. Nesse sentido, o compromisso ético e político da Psicologia é contribuir para a transformação dessas realidades, promovendo um envelhecimento digno e inclusivo, pautado nos princípios de equidade, interseccionalidade e justiça social.

As discussões sobre envelhecimento são amplas e, muitas vezes, divergentes, especialmente no que diz respeito à idade cronológica, que é o número de anos de vida. Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU) (1982), considera-se idosa a pessoa com 60 anos ou mais em países em desenvolvimento, enquanto nos países desenvolvidos esse marco se inicia aos 65 anos. No Brasil, o “Estatuto da Pessoa Idosa” (Lei nº 10.741/2003) estabelece a idade de 60 anos como o ponto de partida para o reconhecimento legal da condição de idoso(a), embora alguns direitos e benefícios específicos só sejam garantidos a partir dos 65 anos. Essas variações geram implicações significativas para o planejamento de políticas públicas e a efetivação de direitos.

Diferentemente de outras fases do desenvolvimento humano, o envelhecimento não possui um marcador biofisiológico preciso que indique seu início. Diferentes perspectivas oferecem interpretações variadas:

- Desde a concepção: alguns estudiosos consideram o envelhecimento como um processo contínuo que começa no momento da concepção, acompanhando todo o ciclo de vida do indivíduo.
- Final da terceira década de vida: outras abordagens sugerem que o envelhecimento se inicia no final da terceira década de vida, quando ocorrem mudanças fisiológicas mais perceptíveis.
- Próximo ao final da vida: há também a visão de que o envelhecimento começa mais tardiamente, próximo ao final da existência do indivíduo, associando-se às perdas funcionais e ao declínio das capacidades físicas e mentais.

Essa ausência de um ponto de partida objetivo leva a comunidade científica a adotar, de forma prática, a idade cronológica como referência para delimitar o início do envelhecimento. Essas diferentes interpretações refletem a complexidade do envelhecimento e indicam que ele é um processo contínuo, heterogêneo e multifatorial, influenciado por fatores biológicos, psicológicos e sociais. Portanto, há vários modelos de envelhecimento e de velhice. Cada indivíduo envelhece de forma singular, influenciado por um conjunto de condições genéticas, ambientais, nutricionais e familiares, que

interagem de maneira única ao longo do curso de vida. Além disso, fatores como gênero, raça, etnia, histórico de saúde, contexto socioeconômico e nível educacional também desempenham um papel fundamental nesse processo, refletindo as desigualdades sociais e o acesso diferencial a condições de vida adequadas (Falcão & Dias, 2006; Neri, 2008; Neto, 2018).

Estudo realizado por Argentieri et al. (2025), destacou a importância do ambiente (exposoma) como determinante significativo do envelhecimento humano e da mortalidade prematura, muitas vezes superando a influência genética. A análise ampla realizada com dados do *UK Biobank* demonstrou que exposições ambientais, como tabagismo, baixos índices socioeconômicos, habitação precária e isolamento social, estão fortemente associadas ao envelhecimento biológico, à multimorbidade e ao risco de morte prematura. Em contraste, fatores protetivos, como renda elevada, emprego, prática de atividade física e viver com um(a) parceiro(a), mostraram-se capazes de reduzir esses riscos. Esses achados sugerem que intervenções ambientais e sociais são estratégicas para promover o envelhecimento saudável e prevenir doenças relacionadas à idade, destacando a necessidade de políticas públicas voltadas para a mitigação de desigualdades sociais e melhoria das condições de vida.

A diversidade de envelhecimentos no Brasil também se manifesta nas formas como as pessoas idosas se percebem e são percebidas. Enquanto algumas mantêm uma vida ativa e engajada, outras enfrentam isolamento social e invisibilidade. Pessoas idosas de áreas urbanas centrais geralmente têm maior acesso a serviços e oportunidades, enquanto aquelas em regiões rurais ou periféricas enfrentam maiores obstáculos: mulheres idosas, especialmente negras e indígenas, tendem a acumular desvantagens ao longo da vida, impactando sua saúde, renda e autonomia na velhice.

Nesse cenário, a **velhice** é compreendida como uma fase específica dentro desse continuum do envelhecimento, marcada por mudanças físicas, sociais e emocionais que se intensificam com o avanço da idade. Já o conceito de **pessoa idosa** ou **pessoa velha** representa o resultado de um ciclo vital prolongado, permeado por experiências acumuladas, desafios enfrentados e transformações significativas ao longo das décadas.

Para além dos aspectos biológicos e sociais, destaca-se também o conceito de idade psicológica, que se refere à relação entre a idade cronológica e as capacidades cognitivas do indivíduo, como percepção, aprendizagem e memória. Esse conceito está associado ao potencial de funcionamento futuro e ao senso subjetivo de envelhecimento, ou seja, a forma como cada pessoa percebe os marcadores biológicos, sociais e psicológicos em si mesma, em comparação com outros da mesma faixa etária. É comum encontrar pessoas idosas que se percebem psicologicamente mais jovens do que sua idade cronológica, o que pode contribuir para a preservação da autoestima e da imagem social, promovendo maior bem-estar emocional.

Ter compreensão conceitual sobre esses termos é essencial para a formulação de políticas públicas inclusivas e eficazes. Cada um deles carrega especificidades que impactam diretamente a forma como o envelhecimento é compreendido e abordado pela sociedade, influenciando tanto a criação de estratégias de cuidado quanto a proteção e a promoção de direitos dessa população. A compreensão adequada dessas distinções contribui para intervenções mais precisas, alinhadas às necessidades e à diversidade do processo de envelhecer.

Outrossim, o conceito de “terceira idade” ou “melhor idade”, embora amplamente utilizado no senso comum e em serviços voltados para o público idoso, é questionável e impreciso. Essas expressões frequentemente estão associadas a estratégias de mercado que, além de visar ganhos financeiros, contribuem para uma idealização do envelhecimento que ignora suas perdas concretas e subjetivas. Essa visão romantizada reforça uma negação da realidade, encobrendo desafios e problemas que a sociedade, muitas vezes, prefere não enfrentar. A aceitação e a compreensão do envelhecimento em sua totalidade – com ganhos e perdas – constituem um papel essencial da Psicologia, que pode contribuir para uma velhice bem-sucedida ao minimizar vulnerabilidades e potencializar capacidades. Esse compromisso ético e social deve ser parte de uma construção coletiva para uma sociedade mais inclusiva, interativa e realista, em que os direitos e a dignidade das pessoas idosas sejam plenamente reconhecidos e respeitados.

Em 2008, o Conselho Federal de Psicologia (CFP) promoveu o Seminário Nacional de Envelhecimento e Subjetividade: desafios para uma cultura de compromisso social (CFP, 2008). As contribuições dos conferencistas trouxeram relatos que resultaram em uma excelente obra, cujas falas se constituem de posicionamentos de importância ainda atual. Na ocasião, foram abordados aspectos como a urgência de políticas públicas eficazes para atender às necessidades da população idosa, a exclusão social, os direitos humanos e a importância de integrar diferentes saberes para promover uma vida digna. Além disso, o evento discutiu o protagonismo social das pessoas idosas e a necessidade de combater preconceitos e desigualdades. Por último, foram direcionados esforços para consolidar as propostas discutidas, refletindo sobre a responsabilidade social e a necessidade de um compromisso coletivo em relação ao bem-estar da população idosa.

O Seminário Nacional de Envelhecimento e Subjetividade, representou um marco significativo para a discussão sobre o envelhecimento e os desafios sociais enfrentados pela população idosa no Brasil. A partir das contribuições dos conferencistas, foram abordadas questões fundamentais como a necessidade de políticas públicas eficazes, o combate à exclusão social, a promoção dos direitos humanos e a valorização do protagonismo das pessoas idosas. Os debates destacaram a importância de integrar diferentes saberes para garantir uma vida digna, ressaltando a urgência de consolidar essas propostas em compromissos sociais e políticas que promovam autonomia, proteção e interação social para as pessoas idosas.

Nesse contexto, é fundamental considerar que a sociedade desempenha um papel crucial nesse processo de transformação cultural, assim como nas relações familiares. Reconheceu-se que as cidades e instituições devem se adaptar às reais necessidades desse público, garantindo acesso à saúde, renda e redes de suporte que favoreçam a convivência e a reciprocidade (Faleiros, 2007).

A Psicologia do Envelhecimento, com sua atuação engajada e consolidada ao longo das décadas, contribuiu significativamente para o fortalecimento dessas discussões. Por meio de estudos científicos e práticas

profissionais, psicólogas(os) têm promovido a valorização do envelhecimento, aprimorando a formação e a atuação profissional no campo. A iniciativa do CFP reafirma a posição da Psicologia como um agente de transformação social e de luta pelos direitos humanos, destacando a importância da proteção, da visibilidade e do reconhecimento das contribuições das pessoas idosas para a sociedade.

Esta referência constitui um marco relevante no reconhecimento do trabalho desenvolvido com pessoas idosas, ao destacar a importância do aprimoramento contínuo do conhecimento, da qualificação das práticas, da conscientização social e da efetivação de direitos. Esses elementos são fundamentais para a implementação eficaz de políticas públicas e para o enfrentamento dos desafios que ainda persistem nesse campo.

O CFP, através desta iniciativa, reafirma sua posição social, científica, profissional e de busca da garantia da cidadania, seja no exercício profissional daqueles e daquelas que trabalham com a perspectiva do Envelhecimento, bem como na luta dos direitos humanos de uma camada da sociedade desta faixa etária, as pessoas idosas, que necessitam de proteção, visibilidade e ter suas possibilidades potencializadas perante o que construíram durante suas vidas e ainda podem continuar a fazer de acordo com suas condições.

A Psicologia faz parte da luta em produzir reflexões, transformando olhares por ora negadores ou discriminatórios. Este fazer começa na infância com as trocas de cuidado entre as gerações e, conseqüentemente, por toda a vida. Não se trata de visualizar a velhice como melhor idade e, sim, de ajudar no entendimento de que toda fase tem sua importância e demanda por diferentes tipos de cuidado. Somos profissionais multiplicadores e potencializadores deste saber, bem como, muitas das vezes, canais de comunicação destas pessoas que, podem não possuir a força ou conhecimento necessário para tal.

### **Visão Geral dos Quatro Eixos Temáticos no Envelhecimento**

A seguir, são apresentados os quatro eixos temáticos que estruturam a discussão sobre o envelhecimento, destacando os aspectos ético-políticos, as contribuições da Psicologia, a atuação de psicólogas(os) em serviços de atendimento e as novas perspectivas para a formação profissional na área. Esses eixos norteiam a prática da Psicologia junto às pessoas idosas, contribuindo para a promoção de direitos, o fortalecimento de vínculos sociais, o suporte emocional e o enfrentamento de desafios associados ao envelhecimento humano.

### **Eixo 1: Dimensão Ético-Política do Envelhecimento**

Este eixo aborda os direitos das pessoas idosas, a promoção da equidade e o combate ao idadismo. Destaca a importância de fortalecer as políticas públicas que assegurem dignidade e cidadania para a população idosa, reconhecendo a necessidade de uma atuação comprometida com a justiça social e os direitos humanos.

### **Eixo 2: Contribuições da Psicologia no Cenário do Envelhecimento e suas Dimensões**

Explora as diversas áreas de atuação da Psicologia junto às pessoas idosas, incluindo intervenções em saúde mental, suporte social, bem-estar emocional e enfrentamento de perdas significativas. Esse eixo destaca os desafios e as oportunidades para a prática profissional, considerando a complexidade das questões psicológicas que surgem na velhice.

### **Eixo 3: Atuação da(o) Psicóloga(o) em Serviços de Atendimento à Pessoa Idosa**

Este eixo apresenta as possibilidades de inserção profissional em serviços como Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), hospitais, CAPS e outros espaços que demandam cuidado psicológico especializado. Ressalta-se a importância de um atendimento humanizado, ético e focado nas necessidades específicas da pessoa idosa.

### **Eixo 4: Formação de Psicólogas(os) e Novas Perspectivas para Atuação junto ao Envelhecimento**

Propõe reflexões sobre os desafios da formação em Psicologia para atender às necessidades da população idosa, considerando as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) e a urgência de incluir o envelhecimento como um eixo transversal nos currículos acadêmicos. Aponta para a necessidade de capacitação continuada e formação crítica para uma prática qualificada e alinhada aos princípios dos direitos humanos.

A articulação entre as dimensões ético-políticas, as contribuições da Psicologia, a atuação em serviços de atendimento e a formação de profissionais qualificados representa um avanço significativo para a promoção da saúde mental e do bem-estar da pessoa idosa. O fortalecimento das redes de cuidado e o enfrentamento do idadismo são essenciais para construir uma sociedade que valorize o envelhecimento de forma digna e inclusiva. A Psicologia, com seu olhar atento e integrado, tem papel estratégico nesse processo de transformação social, promovendo não apenas a saúde mental, mas também o respeito e a valorização das trajetórias de vida das pessoas idosas.

## **A Comissão**

Esta Referência Técnica é resultado do trabalho dedicado de uma comissão de especialistas, composta por renomadas(os) profissionais da área, que se reuniram para compartilhar conhecimentos e experiências, com uma perspectiva diversificada e aprofundada sobre o tema, contribuindo significativamente para a qualidade e relevância do conteúdo apresentado:

### **Deusivania Vieira da Silva Falcão**

Professora Associada da Universidade de São Paulo (USP). Realizou Pós-Doutorado na área de Psicogerontologia pela University of Central Flórida (UCF, EUA). Doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília (UnB), onde efetuou Estágio de Pós-Graduação no Centro de Referência em Assistência a Saúde do Idoso e com a Doença de Alzheimer (DA), situado no Centro de Medicina do Idoso (CMI) - Hospital Universitário de Brasília (HUB). Mestra em Psicologia Social e Graduada em Psicologia (Licenciatura / Formação em Psicologia Clínica) pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB).

Coordenadora (2007 a 2011) do Programa de Atenção Psicogerontológica, sociofamiliar e Educativa aos Cuidadores e Familiares de Idosos com a Doença de Alzheimer do Centro de Reabilitação e Hospital-Dia Geriátrico situado no Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP. Realizou intercâmbio de pesquisa pela Fundación Carolina na Universidad Autónoma de Madrid (Espanha) e treinamento no Japão pela Japan International Cooperation Agency (JICA). Publicou vários artigos científicos em revistas nacionais / internacionais e livros na área de psicogerontologia sendo um deles laureado com o Prêmio Jabuti. Durante as atividades de pós-doutorado, também, coordenou grupos de apoio aos familiares cuidadores de idosos com DA os quais estavam ligados ao OLDeR Lab (UCF), à Village on the Green Retirement Community e à Alzheimer's and Dementia Resource Center. É membro da Society of Clinical Geropsychology (American Psychological Association, Div. 12-II). É sócio-fundadora e presidente (2024-2026) da Associação Brasileira de Psicogerontologia (ABPsiGero).

### **Dóris Firmino Rabelo**

Possui graduação em Psicologia pela Universidade Federal de Uberlândia, Mestrado em Gerontologia pela Universidade Estadual de Campinas e Doutora em Educação pela mesma universidade. Docente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - UFRB. Docente permanente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal da Bahia - UFBA e do Mestrado Profissional em Saúde da Família - ProfSaúde-UFRB. É Bolsista de produtividade em pesquisa do CNPq. Faz parte do Laboratório Integrado de Desenvolvimento Humano e Epidemiologia e é Líder do Núcleo de Estudos Avançados em Desenvolvimento Humano e Saúde Mental. Faz parte do GT de Psicogerontologia da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia. Foi da Diretoria da Associação Brasileira de Psicologia do Desenvolvimento (Gestão 2020-2022). Coordenou o GT Psicologia, Envelhecimento e Velhice do CRP-03. É uma das fundadoras da Sociedade Brasileira de Psicogerontologia e faz parte da gestão 2024-2026. Tem experiência na área de Psicologia do Envelhecimento.

### **Joana Finkelstein Veras**

Psicóloga graduada pela PUC-RS em 2004. Realizou Residência Integrada em Saúde na Escola de Saúde Pública do RS (2007) e é especialista em Preceptoria no SUS (2017). Fez percurso em Psicanálise em Porto Alegre - APPOA (2021). Está cursando o mestrado em Psicologia Social e Institucional na UFRGS e pesquisa o tema da violência na velhice. Desde 2014, trabalha na Secretaria Estadual de Saúde do RS, onde atuou de 2016 a 2023 na Política Estadual de Saúde da Pessoa Idosa. Atualmente atua na área de ensino do SUS, na Escola de Saúde Pública do RS como docente e tutora de Residentes de Saúde Mental Coletiva. Atende em consultório particular desde 2019.

### **Josevânia da Silva**

Psicóloga, Mestre e Doutora em Psicologia Social pela Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Especialista em Gerontologia. Docente Associada do Departamento de Psicologia. Docente do Mestrado em Psicologia da Saúde da Universidade Estadual da Paraíba. Coordenadora do Laboratório LongeViver (Laboratório de Pesquisas em Envelhecimento Humano e Psicologia Social da saúde). Fez parte do GT Relações Intergrupais, Preconceito e Exclusão Social da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia e atualmente compõe o GT Psicogerontologia. Atuou como conselheira municipal dos direitos da pessoa idosa (2022-2024) representando o CRP13/PB. É sócio-fundadora da Associação Brasileira de Psicogerontologia e membro do conselho consultivo. Avaliadora de periódicos da Área de Psicologia. Desenvolve investigações em temáticas relativas ao envelhecimento e desenvolvimento humano, saúde mental e processos de vulnerabilidades em saúde.

### **Priscila Albuquerque Monteiro**

Psicóloga - UNAMA (2006); mestra em Gestão e Saúde - FSCMPA (2016); especialista em Psicologia da Saúde - CFP (2016); especialista em Saúde do Idoso HUIBB - UFPA (2012); Aperfeiçoamento em Psicologia

Hospitalar e da Saúde - HOSPITAL OPHIR LOYOLA - 2007); Psicologia Clínica (Gestalt-Terapia) e Servidora Pública com atuação no SUAS em ILPI; Preceptora EBSEH/HUJBB-UFPA (Residência em Saúde do Idoso)

### **Rute Maria Velasquez Santos**

É pesquisadora e possui formação acadêmica e experiência profissional na área de Psicologia e Neurociências. É graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), onde também obteve o título de Mestre em Psicologia Social. Possui Doutorado em Ciências da Saúde na Faculdade de Medicina da UFMG. Sua qualificação inclui especialização em Neuropsicologia, com reconhecimento concedido pelo Conselho Federal de Psicologia. Atuou como Conselheira no Conselho Municipal do Idoso em Belo Horizonte, tendo proposto e desenvolvido Oficinas de Memória para a estimulação cognitiva e social de idosos. Com 23 anos de dedicação ao ensino superior, atua como docente universitária, ministrando disciplinas como Psicofisiologia, Neuroanatomia Funcional, Fundamentos de Saúde, Metodologia Científica, Neurociências e Psicologia Cognitivo-Comportamental. Além da docência, desempenha funções de supervisora de estágios e orientadora acadêmica em níveis de graduação e pós-graduação. Já coordenou, junto a colegas, cursos de especialização em Neuropsicologia (Faculdade Newton Paiva - BH) e Psicoterapias Cognitivas (Medicina - UFMG). É também professora em cursos de especialização em Gerontologia (PUCMG), Psicologia Médica (UFMG) e Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais (UFMG). Desde 2006, atua como psicoterapeuta cognitivo-comportamental e neuropsicóloga em consultório particular.

## **EIXO 1: DIMENSÃO ÉTICO-POLÍTICA DO ENVELHECIMENTO**

As políticas públicas são um conjunto de ações, programas, medidas e iniciativas desenvolvidas por governos em diferentes esferas (nacional, estadual ou municipal), que buscam atender às necessidades da população e promover seu bem-estar, assegurando direitos fundamentais como saúde, educação e segurança. Elas são criadas para enfrentar desafios sociais e econômicos, envolvendo tanto o setor público quanto o privado, e têm como objetivo reduzir problemas como a exclusão social e a desigualdade, promovendo o desenvolvimento e a cidadania (Souza, 2006; Campos, 2023).

O conceito de “público” em políticas públicas não se limita ao governo, mas abrange o interesse coletivo, ou seja, de toda a sociedade. Isso significa que as políticas públicas envolvem não apenas o Estado (primeiro setor), mas também as empresas privadas (segundo setor) e as organizações da sociedade civil (terceiro setor), trabalhando em conjunto para atender às necessidades da população. Todos os cidadãos desempenham um papel fundamental no processo de implementação de políticas públicas<sup>1</sup>.

### **Atuação da Psicologia nas políticas públicas para a pessoa idosa**

No contexto da Psicologia, a atuação em políticas públicas vai além de intervenções diretas, exigindo uma análise crítica das forças macropolíticas e micropolíticas que moldam essas ações. A(o) psicóloga(o) deve compreender como as políticas são formuladas e implementadas, considerando a produção de subjetividade e as relações de poder que afetam as populações atendidas. Isto implica promover transformações sociais, inclusão e garantir um atendimento ético e humanizado às populações mais vulneráveis (Böing & Crepaldi, 2010).

---

<sup>1</sup> Para saber mais do conceito usado acesse: "Políticas públicas: o que são e para que servem na prática?" de Fundação Instituto de Administração - Universidade de São Paulo - FIA-USP, 2022

A dimensão ético-política da atuação das(os) psicólogas(os) com pessoas idosas no contexto das políticas públicas é um tema complexo, que exige uma análise cuidadosa da posição a partir da qual se defende a visibilidade e a legitimidade desta população. Sendo assim, cabe afirmar que o grupo alvo desta Referência Técnica é um dos tantos estigmatizados e vulnerabilizados pela sociedade brasileira, ou seja, um grupo de pessoas passível de silenciamento por parte do estado e da sociedade frente a seus direitos e necessidades enquanto cidadãos. As estatísticas de violência fazem parte das evidências que mostram o cenário de violação de direitos em que grande parte da população idosa brasileira vive.

Os dados da Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos mostraram que, nos três primeiros meses de 2024, o número de denúncias de violações contra pessoas idosas aumentou em relação ao mesmo período de 2023, sendo a negligência o abuso mais frequente. As pessoas idosas que mais sofrem com a violência são as mulheres e as mais longevas (80 anos+) (Camacho et al., 2024).

O “Atlas da Violência” (IPEA, 2024) evidenciou que as taxas de internação por agressão para cada 100 mil pessoas acima de 60 anos, no ano de 2022, revelaram um panorama alarmante de desigualdade racial que atravessa o envelhecimento no Brasil. Os dados demonstram que homens idosos negros apresentaram uma taxa de agressão de 16,6%, aproximadamente o dobro da registrada para homens idosos não negros, que foi de 8,1%. Entre as mulheres idosas, essa disparidade também se manifestou, com taxas de 5,1% para mulheres negras e 2,5% para mulheres não negras. Esses números sinalizam a vulnerabilidade racial no envelhecimento, reforçando a necessidade de políticas públicas que combatam não apenas a violência contra as pessoas idosas, mas também o racismo estrutural que intensifica essas desigualdades.

O Código de Ética Profissional dos Psicólogos (CFP, 2005) convoca os profissionais a guiarem suas atuações a partir da imprescindível defesa dos direitos humanos, assim como a engajarem em uma prática articulada com ações e políticas ancoradas e comprometidas com a dignidade, a cidadania, a liberdade e integridade humana. Isso implica, invariavelmente, em postura

profissional que contribua para a eliminação de qualquer negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, assim como, na atuação baseada na responsabilidade social, no sentido de considerar a realidade histórica, política, econômica, social e cultural.

Discutir a posição ético-política das(os) psicólogas(os) em relação à população idosa requer, necessariamente, uma análise do processo sócio-histórico e cultural de representação da velhice. Para compreender a estigmatização das pessoas mais velhas na sociedade contemporânea, é essencial investigar como a sociedade hegemônica ocidental e ocidentalizada construiu imagens e significados que até os dias atuais influenciam as condições de vida e as experiências subjetivas deste grupo. Além disso, destaca-se o processo histórico do surgimento das políticas públicas internacionais e nacionais que foram se constituindo para fazer frente às demandas sociais para a possibilidade de melhores condições de vida e existência da população idosa.

### **Valorização e marginalização da velhice: perspectiva histórica e contextualização sociocultural**

A ideia amplamente difundida de que, em tempos passados, os(as) idosos(as) eram mais valorizados(as) do que na atualidade reflete uma idealização histórica que não se sustenta à luz dos estudos sócio-históricos, sobretudo aqueles que investigam as culturas ocidentais e ocidentalizadas (Beauvoir, 2018; Secco, 1999; Debert, 1998). Simone de Beauvoir, em "A Velhice" (2018), argumentou que o envelhecimento sempre esteve associado a processos de marginalização e exclusão social, reforçados pela visão utilitarista do ser humano. Nas sociedades modernas, onde a produtividade e a capacidade de consumo são valorizadas, a velhice passou a ser estigmatizada, sendo associada à improdutividade e à dependência. De forma semelhante, Secco (1999) refletiu como o envelhecimento foi moldado por interesses econômicos e políticos, especialmente em sociedades capitalistas

que priorizam a capacidade laboral e tendem a marginalizar aqueles que não mais contribuem para o mercado de trabalho.

Debert (1998), explorou a construção histórica do conceito de “terceira idade”, destacando como esse termo emergiu em resposta a transformações sociais e econômicas. Durante o processo de urbanização e industrialização, principalmente a partir do século XIX, a velhice começou a ser vista como um “segundo momento da infância”, associada ao ócio e à recompensa pelos anos de trabalho. Essa mudança de perspectiva contribuiu para a consolidação da ideia de “terceira idade” como um grupo social específico, impulsionada pela criação de novos mercados de consumo e serviços voltados para esse segmento populacional. No entanto, Debert (1998) ressaltou que essa ressignificação também trouxe consigo estereótipos e preconceitos que continuam a marcar a experiência do envelhecimento, reforçando a ideia de fragilidade e dependência. Além disso, sinalizou um processo de reprivatização do envelhecimento, no qual o cuidado com a pessoa idosa é progressivamente deslocado para o âmbito familiar, enquanto o Estado se afasta dessa responsabilidade.

A marginalização das pessoas idosas se intensificou após a Revolução Industrial, quando as relações de trabalho se modificaram radicalmente e a produtividade passou a ser um valor central nas sociedades capitalistas. Esse contexto consolidou a velhice como uma categoria social vulnerável, associada à perda de capacidade laboral e ao enfraquecimento dos laços familiares (Debert, 1998). Essa realidade contrastava com as sociedades tradicionais, onde a convivência intergeracional era mais forte e os(as) idosos(as) permaneciam integrados às redes de cuidado familiar. Nas sociedades industrializadas, o envelhecimento passou a ser percebido como um “peso” tanto para as famílias quanto para o Estado, um cenário que se intensificou com o aumento expressivo da população idosa mundial desde os anos 1950.

Entretanto, essa visão depreciativa não foi uniforme ao longo da história. Em contextos específicos, como na Grécia e Roma Antigas, observa-se um prestígio social concedido às pessoas mais velhas, particularmente aos homens das classes aristocráticas, que desempenhavam papéis centrais nas

esferas política e comunitária (Burke, 2000). Nesses contextos, a experiência acumulada ao longo da vida era interpretada como sabedoria prática, um arquétipo social que associava o envelhecimento à capacidade de julgamento ponderado e à liderança moral. Entretanto, essa valorização era seletiva e não abrangia a totalidade da população idosa.

Contudo, é necessário ponderar que a associação entre velhice e sabedoria é mais um ideal cultural do que uma realidade universal. Estudos de Baltes e Staudinger (2000) sobre “sabedoria prática” demonstraram que o acúmulo de anos não garante, por si só, maior capacidade de julgamento ou um conhecimento profundo sobre a vida. A sabedoria, nesse sentido, está mais relacionada a fatores como reflexividade, capacidade de aprender com experiências e um engajamento contínuo com o mundo do que unicamente ao envelhecimento cronológico.

Essas considerações demonstram que o valor social atribuído às pessoas idosas é historicamente condicionado pelas estruturas sociais, econômicas e políticas de cada época. A oscilação entre valorização e marginalização da velhice revela não apenas as concepções culturais sobre o envelhecimento, mas também os interesses hegemônicos em curso. Compreender essa perspectiva histórica é essencial para desnaturalizar estereótipos e promover um olhar mais crítico e inclusivo sobre o envelhecimento na contemporaneidade.

### **Marcos legais e históricos das políticas públicas para a população idosa**

Ao longo das últimas décadas, o envelhecimento populacional tem emergido como um dos principais desafios sociais e políticos em âmbito global e nacional. É considerado uma das transformações sociais mais significativas do século XXI, com implicações transversais a todos os setores da sociedade: no mercado financeiro e de trabalho, na procura de bens e serviços como os de saúde, habitação, transporte, proteção social, assim como nas estruturas familiares e laços intergeracionais (ONU, 2024).

Nesse contexto, diversas iniciativas legais, políticas públicas e marcos históricos foram desenvolvidos com o objetivo de assegurar os direitos das

peças idosas, promover seu bem-estar e garantir sua participação ativa na sociedade. A construção dessas políticas foi marcada por avanços significativos e debates que englobam desde a institucionalização da previdência social, passando pela criação de conselhos de direitos e normativas específicas, até estratégias internacionais para um envelhecimento saudável.

A linha do tempo a seguir foi organizada com base no estudo de Chiarelli e Batistoni (2022), que sistematizou os principais marcos históricos e legais das políticas públicas para a população idosa no Brasil, além de incluir atualizações recentes provenientes de documentos oficiais e publicações científicas sobre o tema. Ela sintetiza os principais eventos, leis e programas que contribuíram para a consolidação de direitos e proteção social da população idosa, situando essas conquistas em um panorama mais amplo de políticas públicas globais.

- 1923: Publicação do Decreto nº 4.682 – Lei Eloy Chaves, considerada a origem da Previdência Social no Brasil.
- 1961: Criação da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG).
- 1963: Formação do primeiro grupo de convivência para pessoas idosas no Brasil, pelo SESC São Paulo.
- 1974: Criação da Renda Mensal Vitalícia (Lei nº 6.179), através do INPS.
- 1982: Realização da I Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento em Viena.
- 1988: Promulgação da Constituição Federal, que inclui a proteção aos idosos como dever da família, da sociedade e do Estado (Art. 230).
- 1991: Resolução 46/91 da Assembleia Geral das Nações Unidas: Princípios das Nações Unidas em Favor das Pessoas Idosas.

- 1994: Aprovação da Lei nº 8.842 – Política Nacional do Idoso (PNI) e criação do Conselho Nacional do Idoso (CNDPI).
- 1999: Declaração do Ano Internacional das Pessoas Idosas pela ONU.
- 2002: Realização da II Assembleia Mundial sobre Envelhecimento em Madrid e lançamento do Plano Internacional de Ação de Madrid.
- 2003: Sancionada a Lei nº 10.741 – Estatuto do Idoso.
- 2006: Aprovação da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (Portaria nº 2.528).
- 2009: Criação da Associação Brasileira de Gerontologia (ABG).
- 2010: Sancionada a Lei do Fundo Nacional do Idoso (Lei nº 12.213).
- 2015: Convenção Interamericana sobre a Proteção dos Direitos Humanos dos Idosos (OEA).
- 2019: Instituição da Estratégia Brasil Amigo da Pessoa Idosa (Decreto nº 9.921) e do Programa Viver – Envelhecimento Ativo e Saudável (Decreto nº 10.133).
- 2020: Lançamento da Década do Envelhecimento Saudável (2021-2030) pela Assembleia Geral das Nações Unidas.
- 2020: Criação da Frente Nacional de Fortalecimento às ILPIs.
- 2020: Prestação de auxílio financeiro pela União às ILPIs (Lei nº 14.018).
- 2021: Proposição do Pacto Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa (PNDPI) pela Secretaria Nacional de Promoção e Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa (SNDPI).
- 2022: Alteração do Estatuto do Idoso para 'Estatuto da Pessoa Idosa' (Lei nº 14.423), adotando a terminologia 'Pessoa Idosa'.

- 2024: Realização da III Assembleia Mundial sobre Envelhecimento em Lisboa, com ênfase na interseccionalidade do envelhecimento e políticas inclusivas.
- 2024: Criação da Associação Brasileira de Psicogerontologia (ABPsiGero).
- 2024: Política Nacional de Cuidado Integral às Pessoas com Doença de Alzheimer e Outras Demências (Lei nº 14.878).
- 2024: Política Nacional de Cuidados (Lei nº 15.069).
- 2024: Política Nacional de Cuidados Paliativos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) (Portaria GM/MS nº 3.681).
- 2025: Implementação da Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa (RENADI) nos municípios brasileiros com financiamento do SUAS.

A Assembleia Geral das Nações Unidas convocou a primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, em 1982, que produziu o Plano Internacional de Ação de Viena. Em 1991 foram adotados pela assembleia 18 direitos das pessoas idosas voltados para a independência, participação, cuidado, autorrealização e dignidade e no ano seguinte realizou-se a Conferência Internacional sobre Envelhecimento para acompanhar o plano, tendo como produto uma Declaração sobre o Envelhecimento. Uma das consequências dessa conferência foi a designação do Dia Internacional das Pessoas Idosas, celebrado a partir de então no dia 1 de outubro de cada ano (ONU, 2024).

Segundo Camarano e Pasinato (2007), nesta época, as questões do envelhecimento detinham-se ao campo econômico e político e as questões sociais que envolviam a pessoa idosa não ocupavam o mesmo espaço nas discussões do tema. As recomendações provenientes do primeiro plano internacional foram dirigidas primordialmente aos países desenvolvidos e financeiramente independentes. Apesar disso, os reflexos da mobilização internacional nos países em desenvolvimento foram muito significativos, os quais passaram a estruturar suas agendas políticas considerando

progressivamente a questão do envelhecimento. Paralelo ao movimento mundial de assegurar direitos a uma parcela da população que vinha crescendo de forma acelerada, o Brasil vivia a luta pela redemocratização. Este panorama interno e muito particular possibilitou a ação de movimentos reivindicatórios a favor da causa, repercutindo posteriormente na própria constituição, com a proteção jurídica à pessoa idosa (Silva & Yazbek, 2014).

A ação internacional em nome do envelhecimento continuou em 2002, com a realização da Segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, em Madrid. Visando projetar uma política internacional sobre o envelhecimento no século XXI, foi adotada uma Declaração Política e o Plano Internacional de Ação de Madrid sobre o Envelhecimento. O diferencial deste plano foi a exigência de mudanças nas atitudes, políticas e práticas a todos os níveis de forma a responder ao envelhecimento no século XXI e suas recomendações de ação dizem respeito à qualidade do envelhecimento populacional, da promoção do bem-estar e da saúde na velhice e da importância da criação de redes de apoio (ONU, 2024).

O Brasil, por sua vez, foi constituindo um marco legal de proteção e atenção às pessoas idosas. A Constituição Federal de 1988, principal símbolo da redemocratização do país, nomeia este grupo etário como segmento da população a receber proteção especial. No seu artigo 230, responsabiliza a família, a sociedade e o Estado a “amparar as pessoas idosas, assegurando sua participação na comunidade, defendendo sua dignidade e bem-estar e garantindo-lhes o direito à vida”. Além disso, dispõe que o cuidado às pessoas idosas deve acontecer preferencialmente no âmbito de seus lares e garante a facilitação de ir e vir, através da gratuidade no transporte coletivo urbano.

A Constituição de 1988 estabeleceu a Seguridade Social no Brasil, composta por três pilares fundamentais: as políticas públicas de saúde, assistência social e previdência. O conceito de seguridade abrange a noção de proteção social da população e sua inclusão no rol de direitos providos pelo Estado, independentemente da sua inserção ou não na esfera do trabalho. Pressupõe a necessidade de integração entre as políticas que a compõem, uma vez que estas devem responder à complexidade das demandas sociais. A inclusão das três políticas introduziu a noção de direitos sociais universais

como parte da condição de cidadania, antes restrita apenas aos beneficiários da Previdência Social. Em consonância com a Organização Internacional do Trabalho (OIT) de 1984, o conceito de seguridade social adotado nacionalmente está diretamente relacionado à cobertura universal de riscos e vulnerabilidades sociais e garantia de um conjunto de condições que assegurem uma vida digna a todos os cidadãos, a partir de medidas públicas contra as privações econômicas e sociais, sem as quais haveria uma forte redução da subsistência de seus membros (Berzins & Giacomini, 2016).

A Política de Saúde passou a considerar a saúde um “direito de todos e um dever do Estado”, conforme disposto no artigo N.º 196 da Constituição. Esse avanço é significativo, pois rompe com o modelo securitário anterior, representado pela medicina previdenciária, no qual apenas os trabalhadores

formais, que contribuía para a previdência, tinham acesso aos serviços de saúde. Os demais cidadãos dependiam de iniciativas municipais, estaduais ou de caridade para receber cuidados médicos. Dessa forma, Monerrat e Souza (2011) destacaram que a nova Constituição, ao estabelecer um sistema de saúde único federal, amplia a própria concepção do que é de direito.

A Assistência Social no Brasil passou a ser efetivamente reconhecida como uma política pública, com o Estado como principal agente interventor, rompendo com o antigo modelo assistencialista. Essa política é não contributiva, ou seja, atende às necessidades de todos os cidadãos que dela precisam, independentemente de contribuição prévia. Uma das principais conquistas para a população idosa é o Benefício de Prestação Continuada (BPC), um direito garantido pela Constituição Federal e regulamentado pela Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS), sancionada em 1993 pela Lei Federal nº 8.742. O BPC constitui uma garantia de renda básica no valor mensal de um salário-mínimo e dirigido às pessoas com deficiência e às idosas e idosos a partir de 65 anos de idade que não possuem formas de provento.

Duarte et al. (2017) destacaram que, embora o BPC não garanta, por si só, a inclusão social e a equidade, ele representa um avanço na assistência social como política pública não contributiva, sob responsabilidade do Estado. Em 2015, o BPC alcançou 4,2 milhões de brasileiros, com um impacto de R\$ 39,6 bilhões na economia. No entanto, persistem desafios quanto à arbitrariedade no acesso, critérios de elegibilidade restritivos e problemas de apropriação indevida do valor por terceiros, limitando sua efetividade no combate à pobreza.

Estes problemas podem ser enfrentados somente a partir de um sistema de controle e avaliação que inclua Estados, Distrito Federal, Municípios, conselhos de assistência social e o Ministério Público (Duarte et al., 2017). A LOAS, que organiza a Política de Assistência Social no Brasil, estabeleceu as bases para que em 2005 fosse instituído o SUAS, descentralizado e participativo, com a função de gerir o conteúdo específico da Assistência Social no campo da proteção social brasileira.

O sistema organiza as ações da assistência social em dois tipos de proteção social. A primeira é a Proteção Social Básica, destinada à prevenção de riscos sociais e pessoais, por meio da oferta de programas, projetos, serviços e benefícios a indivíduos e famílias em situação de vulnerabilidade social. A segunda é a Proteção Social Especial, destinada a famílias e indivíduos que já se encontram em situação de risco e que tiveram seus direitos violados por ocorrência de abandono, maus-tratos, abuso sexual, uso de drogas, entre outros aspectos<sup>2</sup>. Além disso, o SUAS engloba a oferta de benefícios assistenciais já previstos na LOAS, prestados a públicos específicos de forma articulada aos serviços, contribuindo para a superação de situações de vulnerabilidade.

A Previdência Social, embora tenha mantido o vínculo contributivo, verificou um afrouxamento do mesmo princípio estruturante do sistema, legitimando, por exemplo, programas de transferência de renda, assim como facilitação dos requisitos para a aposentadoria rural (Monnerat & Souza,

---

<sup>2</sup> A Proteção Social Básica e a Proteção Social Especial abrangem os serviços socioassistenciais do SUAS, incluindo serviços específicos para a população idosa, de acordo com as diferentes necessidades deste grupo etário. Estes serão detalhados no eixo 3.

2011). As pesquisas de Camarano e Fernandes (2016) evidenciaram o impacto significativo da renda proveniente dos benefícios previdenciários na população idosa brasileira. Um dos efeitos mais importantes é a redução da pobreza entre esse grupo, especialmente entre as mulheres.

As autoras verificaram diversos estudos nacionais que associam baixas proporções de pessoas idosas pobres ao maior grau de desenvolvimento e aos sistemas de proteção social consolidados. Outro impacto se apresenta na formação dos arranjos familiares. Em 2014, aproximadamente 75% dessa população recebia algum benefício da seguridade social (Camarano & Fernandes, 2016).

É importante destacar que, desde as transformações introduzidas pela Constituição Federal de 1988, a concepção de que as pessoas idosas representam um ônus ou fardo para suas famílias tem sido progressivamente desconstruída. Estudos (Camarano & Pinheiro, 2023), demonstraram que famílias brasileiras com membros idosos tendem a apresentar melhores condições econômicas em comparação com aquelas que não possuem pessoas idosas em sua composição. Isso se deve, em grande parte, às transferências de renda provenientes da aposentadoria e dos benefícios sociais, que contribuem significativamente para o sustento do núcleo familiar e para a redução da pobreza.

No contexto latino-americano, as relações intergeracionais caracterizam-se por um processo recíproco de apoio, em que os(as) idosos(as) não apenas recebem cuidados, mas também exercem papéis fundamentais no suporte financeiro e emocional das famílias. Longe de serem exclusivamente dependentes, muitas vezes são protagonistas no equilíbrio econômico do lar, ajudando na educação dos netos, no pagamento de despesas domésticas e no cuidado de outros membros da família. Esse cenário desafia o estigma da velhice como sinônimo de carga econômica e evidencia o valor social e financeiro da população idosa em suas redes familiares.

Em 2019, as pessoas idosas contribuíram significativamente para o orçamento das famílias brasileiras, respondendo por 70,6% da renda total dos

domicílios em que residiam. Dentre essa contribuição, 46,8% provinham da seguridade social e 45,2% era oriundo da renda do trabalho (Camarano, 2020; Camarano & Fernandes, 2022). Esses dados revelam não apenas a relevância econômica dos idosos para suas famílias, mas também a alta dependência de muitos núcleos familiares em relação aos seus rendimentos. Estima-se que aproximadamente 910 mil crianças menores de 15 anos dependam exclusivamente da renda de membros idosos para seu sustento, evidenciando o papel crucial da população idosa na manutenção da segurança econômica de diferentes gerações.

Contudo, apesar da relevância da seguridade social no Brasil, (Monnerat & Souza, 2011) indicaram que há um consenso na literatura especializada sobre a não efetivação plena da seguridade social, conforme estabelecido pela Constituição de 1988. Diversos fatores explicam essa lacuna. Segundo Vianna (2001, apud Monnerat & Souza, 2011), esses fatores podem ser agrupados em dois grandes eixos:

1. Capacidade política, organizativa e de resistência dos atores envolvidos: as diferentes áreas da seguridade social — saúde, assistência social e previdência — seguiram caminhos distintos em termos de organização e implementação de suas leis orgânicas. Essa fragmentação, somada à conjuntura política e econômica instável, dificultou a articulação intersetorial necessária para a efetivação das políticas previstas na Constituição de 1988.

2. Questões de financiamento: embora a seguridade social tenha sido planejada com diversas fontes orçamentárias, os recursos financeiros destinados não foram aplicados de forma adequada. Essa falha na alocação dos recursos, aliada a disputas intersetoriais e ao contingenciamento de gastos sociais, enfraqueceu a capacidade dos gestores de resistirem aos cortes e de articularem políticas integradas para a seguridade social.

Essa falta de articulação entre as políticas públicas, agravada pela vulnerabilidade dos recursos financeiros, compromete a consolidação dos direitos sociais garantidos constitucionalmente. Assim, a população idosa, que desempenha um papel crucial no sustento econômico de muitos lares

brasileiros, segue enfrentando desafios para acessar de forma plena os direitos que lhe são garantidos por lei.

Outrossim, Boschetti (2006), destacou as ambivalências da classe política na regulamentação da assistência social enquanto direito, uma vez que esta ameaçaria o uso da política como instrumento clientelista, além de que o estabelecimento da política pública poderia ter como consequência o combate à pobreza e às desigualdades, abalando o *status* quo amplamente estabelecido. Nesse sentido, a autora argumentou que as dificuldades para a construção e implementação da seguridade social a partir de 1988, são exemplos do controverso debate sobre o papel do Estado democrático de direito brasileiro. Os fundamentos da seguridade social do país baseiam-se na ideia de que as forças econômicas não são suficientes para garantir os direitos sociais, transferindo ao Estado a responsabilidade em manter uma rede de proteção social àqueles que não acessam as vantagens produzidas pelo sistema econômico vigente.

A Política Nacional do Idoso (PNI), instituída pela Lei Federal nº 8.842, de 1994, marcou um avanço significativo no reconhecimento dos direitos sociais da população idosa no Brasil. Pela primeira vez, uma legislação federal assegurou direitos específicos para as pessoas idosas, reconhecendo-as como sujeitos ativos inseridos em diversos contextos sociais e não apenas como destinatários de cuidados. A PNI trouxe consigo um novo paradigma de envelhecimento, que valoriza a autonomia, a participação social e o protagonismo dos idosos na sociedade.

A implementação da PNI também se concretizou com a criação do Conselho Nacional do Idoso (CNDI) e a previsão de Conselhos Municipais dos Direitos da Pessoa Idosa (CMDPI) em todas as esferas do governo. Estes conselhos foram instituídos com a função de exercer controle social sobre as políticas públicas destinadas à população idosa, atuando na formulação, coordenação, supervisão, fiscalização e avaliação das ações governamentais voltadas para esse segmento. Além disso, representam um canal direto para que as demandas das pessoas idosas sejam ouvidas e transformadas em ações concretas.

Contudo, a efetivação dos CMDPI enfrenta desafios estruturais em diversos estados brasileiros. Observa-se que, em muitos casos, esses conselhos estão concentrados nas capitais ou em cidades de grande porte, limitando o alcance de sua atuação em regiões mais afastadas e de menor densidade demográfica. Tal situação compromete o controle social e a participação das pessoas idosas em áreas rurais, onde o acesso a serviços públicos e a possibilidade de engajamento em políticas locais são mais restritos. Essa ausência de representatividade regional dificulta a construção de políticas públicas que atendam às necessidades específicas das populações idosas em contextos diversos, ampliando as desigualdades sociais e regionais.

Para reverter esse cenário, é essencial fortalecer os Conselhos Municipais e Regionais dos Direitos da Pessoa Idosa, expandindo sua criação e ampliando sua representatividade. A articulação entre os diferentes níveis de governo e a sociedade civil, por meio dos conselhos, emerge como um mecanismo fundamental para garantir a efetividade das políticas públicas e a melhoria da qualidade de vida da população idosa. Nesse sentido, os conselhos se consolidam como espaços de diálogo e proposição de políticas, permitindo que as realidades locais sejam consideradas nos processos decisórios.

Além de sua dimensão participativa, a PNI busca romper o silêncio em torno do envelhecimento, promovendo a disseminação de informações e a conscientização sobre os direitos das pessoas idosas. Reafirma-se, assim, a premissa constitucional de que a família, a sociedade e o Estado compartilham a responsabilidade de assegurar a essa população o pleno exercício da cidadania, o respeito à dignidade humana e a proteção contra qualquer forma de discriminação.

No campo das ações governamentais, a PNI estabelece diretrizes para diferentes áreas, como assistência social, saúde, educação, trabalho, previdência social, habitação e urbanismo, justiça, cultura, esporte e lazer. Nessas esferas, é atribuído ao Estado o papel de formular políticas públicas que garantam não apenas o atendimento das necessidades básicas das pessoas idosas, mas também o incentivo à convivência comunitária, à

valorização da memória histórica e à promoção de interações intergeracionais. Dessa forma, a PNI se apresenta como um marco no desenvolvimento de políticas públicas inclusivas, que reconhecem o envelhecimento como parte integrante da vida em sociedade, com direitos assegurados e espaços de participação garantidos.

No entanto, foi apenas em 2003, com a promulgação do Estatuto do Idoso (Lei nº 10.741), atualmente, denominado Estatuto da Pessoa Idosa, que esses direitos foram amplamente consolidados em um documento legal robusto e detalhado. O Estatuto emerge como um avanço significativo, ao reconhecer formalmente as pessoas idosas como sujeitos plenos de direitos e estabelecer mecanismos de proteção contra negligências, discriminações e violências.

O Estatuto da Pessoa Idosa não apenas reafirma os direitos garantidos pela PNI, mas também amplia e detalha questões relativas à saúde, à assistência social, ao transporte, à habitação, ao trabalho e à educação. Em seu texto, define-se que todas as pessoas com 60 anos ou mais têm direito a um envelhecimento digno, respeitoso e com acesso igualitário aos serviços públicos e sociais. Entre os direitos assegurados estão o atendimento preferencial em repartições públicas e privadas, a gratuidade no transporte coletivo urbano, descontos em atividades culturais, esportivas e de lazer, além de acesso prioritário a programas de moradia e saúde.

Além de estabelecer uma rede de serviços de atendimento, o Estatuto da Pessoa Idosa também trata da fiscalização das entidades de atendimento, das infrações administrativas e das apurações administrativas e judiciais. Ou seja, prevê normas de natureza civil, criminal e administrativa com o objetivo de prevenir e reprimir a violência contra as pessoas idosas (Alcântara, 2016). O Estatuto ainda define os órgãos que compõem a rede de proteção da pessoa idosa, incluindo os Conselhos do Idoso, o SUS, a Vigilância em Saúde, o SUAS, o Poder Judiciário, a Defensoria Pública, o Ministério Público (MP) e a Polícia Civil. Nesse sentido, Alcântara (2016) destacou que um dos grandes méritos do Estatuto foi criar o sistema de garantias de direitos da pessoa idosa, que, apesar dos percalços, tem buscado efetivar os direitos

sociais dessa população e que é a eficiência dos órgãos que compõem a rede de proteção que determinará a efetivação das previsões legais.

Contudo, é necessário reconhecer que tanto a PNI quanto o Estatuto da Pessoa Idosa apresentam lacunas significativas. Camarano e Barbosa (2016) identificaram fragilidades nessas legislações, destacando que não refletem de forma equitativa a diversidade da velhice no Brasil. As autoras criticam, por exemplo, a forma como as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) são abordadas, priorizando o cuidado familiar sem considerar as limitações estruturais e financeiras de muitas famílias para prover cuidados contínuos. Além disso, questionam se a segregação das ILPIs é determinada pela fragilidade física, mental ou econômica de seus residentes, ou pelo estigma social que ainda cerca essas instituições.

### **Instituições de Longa Permanência para Idosos - ILPIs: realidades e desafios**

As ILPIs integram os serviços socioassistenciais de alta complexidade do SUAS, sendo voltadas para o abrigamento da população idosa a partir dos 60 anos. Segundo a Resolução de Diretoria Colegiada (RDC) Nº 502/2021 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), essas instituições são definidas como “instituições governamentais ou não governamentais, de caráter residencial, destinadas a domicílio coletivo de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, com ou sem suporte familiar, em condição de liberdade, dignidade e cidadania” (Art. 3º, parágrafo VI, Anvisa, 2021).

A demanda por ILPIs tem aumentado devido ao envelhecimento populacional e à redução da capacidade das famílias em prover cuidados contínuos para seus membros idosos. No entanto, a resposta do Estado para essa demanda tem sido insuficiente. Entre 2007 e 2009, uma pesquisa do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) revelou que 65,2% das ILPIs no Brasil são filantrópicas (incluindo religiosas e leigas), 28,2% são privadas e apenas 6,6% são públicas ou mistas, sendo a maioria de gestão municipal. O financiamento dessas instituições, inclusive das filantrópicas, depende majoritariamente dos residentes e de seus familiares, que contribuem com

cerca de 57% dos recursos. A segunda maior fonte de receita é o financiamento público (20%), que é mais expressivo em instituições públicas (70%), enquanto representa apenas 21,8% nas filantrópicas e 0,8% nas privadas (Camarano & Barbosa, 2016).

De acordo com Marques e colaboradores (2024), a cobertura de saúde nas ILPIs é um desafio crítico, uma vez que o SUS não consegue atender de forma integral às demandas das instituições, que envolvem cuidados médicos, acesso a especialistas e suporte multidisciplinar. As falhas no atendimento contribuem para uma sobrecarga dos cuidadores e para a precarização da saúde dos residentes. Ademais, Oliveira e Silva (2024) destacaram que a implementação da RDC 502/2021 enfrenta dificuldades estruturais e financeiras, sendo o subfinanciamento um dos principais obstáculos para a adequação das ILPIs aos padrões mínimos de qualidade.

Além disso, as condições de infraestrutura das ILPIs, muitas vezes, não atendem aos requisitos mínimos estabelecidos pela Anvisa. Estudos demonstraram que muitas instituições ultrapassam o limite de quatro camas por quarto, carecem de revestimento impermeável em colchões e travesseiros e não possuem barras de segurança e pisos antiderrapantes nos banheiros (Oliveira & Silva, 2024). Tais inadequações expõem os residentes a riscos de quedas e complicações de saúde, agravando a vulnerabilidade das pessoas idosas institucionalizadas.

Em relação ao atendimento ofertado nas ILPI brasileiras, uma pesquisa realizada junto às instituições participantes do Censo do SUAS de 2018, a partir do Modelo Teórico Multidimensional Integrado de Qualidade e Atendimento (MIQA), trouxe aportes importantes (Guimarães et al., 2023). Na dimensão “Moradia”, o indicador “Taxa de Ocupação” apresentou informações sobre a presença de superlotações em 5,8% das ILPI brasileiras, com percentuais variando de 4,7% na região Sudeste a 8,4% no Centro-Oeste. Conforme as autoras desta pesquisa, esses achados confirmaram os dados trazidos pelo IPEA, em 2016, sobre a necessidade de ampliação do número de ILPIs no território brasileiro. A superlotação nas ILPIs é um problema significativo no Brasil (maior ainda nas regiões mais empobrecidas ou menos

habitadas), dado o crescimento rápido da população idosa no país, que não se preparou para tal fenômeno e este problema (Guimarães et al., 2016).

Além disso, ainda na mesma dimensão, nenhuma ILPIs apresentou desempenho “desejável” para o indicador “Perfil Social da Instituição”, que envolve as seguintes variáveis: presença de convênio ou parceria com o poder público; instituição de natureza governamental; instituição inscrita no conselho dos direitos do idoso; e presença de pessoa idosa com BPC. No entanto, essas variáveis fazem parte do almejado pela política de Assistência Social, revelando o inexpressivo apoio governamental.

A assistência social deveria ser não contributiva para pessoas de todas as idades que dela necessitarem, mas, o que acontece de fato é que o custeio das ILPIs depende do aporte dos próprios residentes, e, no caso das filantrópicas, da ação solidária da comunidade. Por último, destaca-se o indicador “Materiais e equipamentos para cultura e lazer”, para o qual mais de um terço das ILPIs apresentaram desempenho incipiente, que inclui variáveis sobre disponibilidade de acervo bibliográfico, materiais pedagógicos e culturais, materiais esportivos e jogos educativos e de passatempo, além de televisão (Guimarães et al., 2023).

### **Estatuto da pessoa idosa: adaptações legais e avanços normativos**

À medida que a população brasileira foi envelhecendo, observou-se também um incremento na população longeva, há de 80 anos ou mais. Essa realidade gerou a necessidade de uma atenção mais específica aos mais velhos, que, em grande medida, apresentam uma saúde mais frágil e demandam cuidados mais intensivos. Após quatorze anos de sua criação, o Estatuto foi adaptado para estabelecer a “superioridade” à população acima de 80 anos. Através da Lei nº 13.466 de 2017 são alterados os artigos 3º, 15 e 71 da lei de 2003. Estas mudanças versam, respectivamente, sobre a garantia de “prioridade especial aos maiores de oitenta anos, atendendo-se às suas necessidades sempre preferencialmente em relação aos demais idosos” (Art. 3 parágrafo 2, Brasil, 2017); sobre os atendimentos na saúde, a exceção dos casos de emergência, assim como em relação a processos e procedimentos e na execução dos atos e diligências judiciais. Em 2022, a

redação do Estatuto do Idoso foi alterada pela Lei nº 14.423/2022 para adotar o termo “pessoa idosa” em substituição ao termo “idoso”.

A mudança derivou da aprovação do Projeto de Lei nº 3.646/2019, que argumenta que a nova terminologia reflete a abordagem “People First” (Pessoas Primeiro), promovendo uma política que valoriza a dignidade e a autonomia dos indivíduos sem rotulações. Dessa forma, busca combater estigmas e preconceitos, assegurando uma abordagem mais inclusiva e respeitosa para as pessoas com 60 anos ou mais.

### **Conferências e controle social: a Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa - RENADI**

Um dos importantes frutos do estabelecimento dos Conselhos do Idoso foram as Conferências, nas quais representantes da sociedade, trabalhadores governamentais e não governamentais, e acadêmicos têm a oportunidade de avançar na garantia dos direitos. Destaca-se a realização da I Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa, ocorrida em maio de 2006, que foi precedida por 27 conferências estaduais. As deliberações das conferências estaduais formaram as bases para a criação da Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa (RENADI).

No que tange ao eixo temático da violência contra a pessoa idosa, houve um avanço significativo na proposição de diretrizes para apoiar Estados e municípios na criação de redes de proteção e na implementação de ações contra práticas violentas locais. Baseadas no artigo 19º do Estatuto da Pessoa Idosa, que define os órgãos a serem notificados em casos suspeitos ou confirmados de violência (autoridade policial, Ministério Público e Conselhos do Idoso), as deliberações da I Conferência propõem dimensões adicionais para a estruturação da rede.

Essas dimensões são descritas no documento base da RENADI como um “conjunto articulado, orgânico e descentralizado de instrumentos, mecanismos, órgãos e ações” (Brasil, 2006b, p. 20), que inclui instrumentos de planejamento e monitoramento, fluxos de trabalho, mecanismos de fortalecimento dos serviços e entidades que compõem a rede, e a definição de responsabilidades.

O paradigma da saúde pública, tanto mundial quanto nacional, também se transformou, passando a compreender o processo de saúde não somente como a ausência de doenças e propondo adequações nos sistemas de saúde para que substituam os modelos curativos pela atenção integrada e centrada nas necessidades da população idosa. Assim, a política de saúde voltada ao envelhecimento gradualmente abandona a perspectiva de que uma pessoa idosa saudável é apenas aquela sem doenças crônicas estabelecidas.

Essas premissas são a base da PNSPI, de 2006 (que atualiza a Portaria 1.395/1999), ressaltando a importância das ações para evitar que as pessoas adoçam, apoiando-se em dois grandes eixos: a promoção do envelhecimento ativo e o enfrentamento da fragilidade (Brasil, 2006a). Para tal foi adotada a perspectiva internacional de conhecer de forma aprofundada a funcionalidade global das pessoas idosas, isto é, seu grau de autonomia e independência em relação às atividades da vida diária, tanto as básicas (como alimentar-se vestir-se e lavar-se) como as complexas (como socializar, gerenciar as finanças pessoais, transportar-se).

Essas instâncias passam a ser os indicadores de saúde a serem adotados pelas equipes de saúde de referência territorial das pessoas idosas, a partir da realização da Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa, a qual possibilita um conhecimento integral das necessidades singulares dos (as) usuários (as) e permitindo o planejamento de estratégias de curto, médio e longo prazo, dando especial atenção para o planejamento de estratégias de cuidado destinadas às/aos idosas/os em processo de fragilização e frágeis (Brasil, 2018a).

No âmbito internacional desenvolve-se o segundo plano de ação da Estratégia Global sobre envelhecimento e saúde da OMS, baseado no plano sobre o envelhecimento de Madrid e alinhado ao cronograma da agenda de 2030 da ONU sobre o Desenvolvimento Sustentável, cujos objetivos relevantes ao envelhecimento saudável são 11 dos 17 da agenda da ONU: Erradicação da pobreza; Fome zero; Boa Saúde e bem estar; Educação de qualidade; Igualdade de gênero; Emprego digno e crescimento econômico; Indústria, inovação e infraestrutura; Redução das desigualdades; Cidades e

comunidades sustentáveis; Paz, justiça e instituições fortes; e Parcerias em prol das metas.

### **Década do envelhecimento saudável 2020-2030: perspectivas globais e ações locais**

O Plano para a Década do Envelhecimento Saudável 2020-2030 representa um marco global de cooperação, que busca não apenas prolongar a expectativa de vida, mas garantir qualidade e dignidade aos anos vividos. Para isso, é necessário reimaginar o significado de ser idoso e como cada etapa da vida pode ser vivida de forma saudável e ativa. Essa transformação demanda estratégias integradas entre diferentes níveis e setores — incluindo organizações internacionais, governos, ONGs, terceiro setor, coletivos comunitários e controle social — para reduzir desigualdades e promover bem-estar. Além disso, requer uma articulação abrangente que considere os impactos do envelhecimento nos mercados de trabalho, serviços de saúde, habitação, proteção social, transporte, educação e nas relações intergeracionais, assegurando que o envelhecimento populacional seja acompanhado por políticas inclusivas e sustentáveis. Trata-se de transformar a perspectiva cultural sobre a velhice, principalmente nos países em desenvolvimento e baseia-se nas seguintes ações:

- Mudar a forma como pensamos, sentimos e agimos com relação à idade e ao envelhecimento;
- Garantir que comunidades promovam as capacidades das pessoas idosas;
- Entregar serviços de cuidados integrados e de atenção primária à saúde centrados na pessoa e adequados à pessoa idosa; e
- Propiciar o acesso a cuidados de longo prazo às pessoas idosas que necessitem (OPAS, 2020).

Dentre as ações acima, salienta-se a importância da ação que visa a forma como se pensa e se sente em relação à velhice. Essa proposição se refere a uma transformação na cultura e o avanço nesse sentido impactaria nas demais ações. A preocupação com uma mudança de pensamento e

postura frente às pessoas idosas remete ao conceito de idadismo, tema que será aprofundado no próximo eixo desta Referência Técnica. Cabe contextualizar neste momento, em que se discute a dimensão ético-política da atuação das(os) psicólogas(os) junto à população idosa, que o idadismo emerge quando a idade (seja ela qual for) é usada para categorizar as pessoas de maneira pejorativa, desvantajosa e injusta, apresentando-se nas relações institucionais, interpessoais ou contra si próprio. E, nesse sentido, destaca-se o atravessamento interseccional deste fenômeno, ou seja, o cruzamento e interação deste com outras formas de estereótipos, preconceitos e discriminações, incluindo o capacitismo, o sexismo e o racismo, impactando ainda mais os efeitos do idadismo sobre a saúde e o bem-estar das pessoas. Dessa forma, coloca-se às psicólogas e psicólogos o desafio de fazer jus ao Código de Ética, através de uma ação que contribua para a eliminação de qualquer tipo de discriminação, violência e opressão e que considere a realidade histórica e sociocultural das pessoas.

Historicamente, principalmente nas sociedades ocidentais e ocidentalizadas, mantém-se uma atitude social de desumanização da velhice. Autores contemporâneos interrogam sobre os fatores que levariam a considerar uma vida mais prioritária do que outra, abordando a discussão sobre os processos de humanização e desumanização dos sujeitos, o que passa pela precarização da vida a partir da suspensão de direitos civis, argumentadas com base na soberania, no progresso técnico, na logicidade da execução da tarefa e na burocratização (Butler, 2019; Arendt, 2008). Pode-se dizer que à desumanização da velhice corresponde o que se reflete no idadismo ou etarismo na contemporaneidade.

Na contemporaneidade, a desumanização da velhice se manifesta de diversas formas. Kalache (2021) utilizou o termo “cultura do antienvelhecimento” para falar das manifestações que dizem respeito às representações sociais da velhice nas sociedades ocidentais e ocidentalizadas. Um estudo de Cepellos (2021) visibilizou o recorte do preconceito de gênero na velhice; este estudo busca compreender como as mulheres executivas vivenciam seus corpos envelhecidos no contexto organizacional. Conclui, a partir de uma análise do conteúdo de discursos

femininos sobre suas experiências, que os corpos das mulheres mais velhas se apresentam menos valorosos e parecem ter que ocupar lugares desprestigiados na hierarquia social das organizações. Para mitigar os prejuízos, as mulheres acabam recorrendo a procedimentos estéticos, adotam mudanças alimentares e prática de exercícios com o objetivo de disfarçar o envelhecimento.

Ailton Krenak ressaltou<sup>3</sup>, a partir da ênfase dada no mundo ocidental à cronologia como principal fator da passagem do tempo (a adoção de uma idade específica para uma pessoa tornar-se idosa), a relação que a velhice acaba tendo com o mercado na atualidade. Para ele, a passagem do tempo de mercadorias, seus prazos de vencimento, deveria ser encarada de maneira diferente em relação à passagem do tempo das pessoas. Pessoas não têm prazo de validade, não são produtos e as que mais ensinaram sobre a vida a ele são as velhas, como costuma acontecer nas culturas indígenas. “As pessoas antigas têm a habilitação de quem passou por várias etapas da experiência de viver. São os contadores de história, os que ensinam a medicina, as artes, os fundamentos de tudo que é relevante para ter uma boa vida” (Krenak, 2022, p. 116).

Quanto à questão da realidade de desigualdades estruturais que exercem tamanha influência nas experiências da velhice brasileira, Minayo e Almeida (2016) destacaram que, para implementar a política da pessoa idosa em sua totalidade, é fundamental reconhecer a diversidade de experiências de envelhecimento, que exige estratégias específicas. Para aquelas que envelhecem de forma ativa, já existem caminhos para uma maior inserção social. No entanto, para as pessoas idosas que enfrentam fragilização ou dependência, ainda não há uma rede de suporte adequada.

Camarano e Barbosa (2016) indicaram que o Estatuto da Pessoa Idosa apresenta uma limitação ao tratar essa população como homogênea, sem considerar diferenças de raça, gênero e classes sociais. Ao mesmo tempo, são muitas as fontes que mostram para as influências interseccionais na

---

<sup>3</sup> [Em entrevista concedida a Márcia Tiburi para o programa Filosofia Pop: Velhice. No canal do YouTube SescTV, em 14 nov. 2019.](#)

experiência do envelhecimento saudável. Os efeitos psicossociais do racismo ao longo do envelhecimento estão marcados pela invisibilidade, pelos preconceitos e discriminações cotidianos, pelas relações de exploração e extermínio, pelo maior risco de viver em situação de rua, pelo menor acesso ao cuidado em caso de necessidade e maior exposição à violência (Rabelo & Santos, 2022). A questão da interseccionalidade e do idadismo será aprofundada no final do próximo eixo, ao abordá-los como conceitos e práxis crítica que se espera que possa subsidiar as(os) profissionais de Psicologia nas suas atuações.

O cenário atual do envelhecimento populacional no Brasil e no mundo revela um panorama complexo e desafiador, refletindo um notável avanço nos direitos das pessoas idosas, mas evidenciando, também, lacunas significativas em sua efetivação. Para enfrentar os grandes desafios que as pessoas idosas vivem hoje, é fundamental que os direitos assegurados em leis e políticas públicas sejam efetivamente implementados. Constata-se um descompasso significativo entre as garantias legais e a realidade enfrentada. A lacuna no princípio da equidade é reconhecida tanto nacional quanto internacionalmente, destacando a necessidade urgente de um comprometimento mais profundo com a justiça social e a igualdade para todos os grupos etários.

O diálogo sobre as ILPIs deve ser ampliado e apoiado pelas diferentes instâncias do Estado, que precisam não só reconhecer, mas também propor, financiar e regulamentar adequadamente esses serviços. A ética do cuidado deve estar no centro dessas discussões, guiando as ações e políticas.

A Psicologia tem um papel fundamental no enfrentamento da desumanização da velhice e no combate ao idadismo. É preciso desenvolver uma educação para o envelhecimento e adotar uma perspectiva interseccional que considere as múltiplas dimensões da identidade e as desigualdades que perpassam esse processo natural da vida. Só assim é possível garantir um envelhecimento digno e inclusivo, promovendo um ambiente onde cada pessoa idosa possa viver com respeito, autonomia e qualidade de vida (Nunes & Falcão, 2023).

## **EIXO 2 - PSICOLOGIA E ENVELHECIMENTO**

A psicogerontologia tem ganhado cada vez mais relevância diante do aumento da população idosa e da complexidade das demandas desse grupo etário. Compreender o envelhecimento e a velhice exige um olhar atento às nuances biológicas, psicológicas e sociais que acompanham esse processo e fase da vida, tornando a atuação de psicólogos(os) fundamental para promover a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida. Nesse contexto, o campo da Psicologia do envelhecimento se destaca por sua abordagem interdisciplinar e por sua contribuição para a compreensão dos desafios e potencialidades do envelhecimento e da velhice.

No presente eixo, inicialmente refletiremos sobre as distinções entre geriatria, psicogeriatria, gerontologia e psicogerontologia, com uma análise voltada à realidade brasileira. Considerando a heterogeneidade da população idosa, será enfatizada a necessidade de uma abordagem profissional que valorize a interdisciplinaridade e a transversalidade dessas questões. Apresentaremos um breve histórico acerca da psicogerontologia, destacando sua trajetória e evolução na prática de psicólogos(os). Além disso, exploraremos as contribuições da Psicologia do desenvolvimento, com ênfase na perspectiva life-span e no curso de vida, assim como as produções do CFP e do CREPOP, que desempenham um papel central na orientação da prática profissional na área.

### **Geriatria, Psicogeriatria, Gerontologia e Psicogerontologia: Definições e Diferenciações Conceituais**

A Geriatria e a Gerontologia começaram a se desenvolver de forma mais significativa no século XX. Esse período foi marcado por avanços nos estudos sobre o envelhecimento, saúde e bem-estar das pessoas idosas, à medida que o aumento da longevidade e as mudanças demográficas começaram a destacar a importância de cuidar dessa população de maneira especializada.

Ignatz Nascher (1863-1944) é considerado o “pai da geriatria”. Em 1909, Nascher cunhou o termo “Geriatria” e defendeu a ideia de que o

envelhecimento deveria ser tratado como uma especialidade médica, focando não apenas nas doenças, mas também no bem-estar das pessoas idosas. A Geriatria é uma especialidade médica responsável pelos aspectos clínicos do envelhecimento e pelos amplos cuidados de saúde necessários aos mais velho(a)s. É a área da Medicina que cuida da saúde e das doenças da velhice; que lida com os aspectos físicos, mentais, funcionais e sociais nos cuidados agudos, crônicos, de reabilitação, preventivos e paliativos das pessoas idosas; oferece tratamento sistêmico, em equipes interdisciplinares objetivando otimizar a capacidade funcional e melhorar a qualidade de vida e a autonomia das pessoas idosas (Netto, 2022).

A Geriatria se integra na área da Gerontologia para promover a saúde, a prevenção e o tratamento das doenças, da reabilitação funcional e dos cuidados paliativos. Geriatra é o(a) médico(a) que se especializa no cuidado de pessoas idosas. Para se tornar especialista nessa área deve-se fazer residência médica credenciada pela Comissão Nacional de Residência Médica e/ou ter sido aprovado no concurso para obtenção do Título de Especialista em Geriatria pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG), filiada à Associação Médica Brasileira (AMB) e à Associação Internacional de Gerontologia e Geriatria (International Association of Gerontology and Geriatrics – IAGG).

Nesse cenário, a Psicogeriatria, também conhecida como psiquiatria geriátrica, geropsiquiatria ou psiquiatria da velhice, é uma subespecialidade da psiquiatria que lida com o estudo, prevenção e tratamento de transtornos mentais, neurodegenerativos e cognitivos em pessoas idosas. A psiquiatria geriátrica como subespecialidade tem sobreposição significativa com as especialidades de medicina geriátrica, neurologia comportamental, neuropsiquiatria, neurologia, neurociência e psiquiatria geral (Abou-Saleh, Katona & Kumar, 2011).

A **International Psychogeriatric Association** (IPA) é uma comunidade científica que une cientistas e profissionais especializados em psicogeriatria. No Brasil, a Associação Brasileira de Neuropsiquiatria Geriátrica, fundada em 1998, se destaca como uma entidade multidisciplinar

dedicada à neuropsiquiatria geriátrica. A associação visa reunir cientistas e profissionais envolvidos com as condições neuropsiquiátricas da população idosa, incluindo neurologistas, psiquiatras, geriatras e gerontólogos.

Elie Metchnikoff (1845-1916) foi um dos pioneiros a propor que o envelhecimento fosse estudado de forma sistemática e científica, sendo um dos primeiros a defender a necessidade de pesquisas sobre o envelhecimento biológico. Ele sugeriu a criação de uma nova especialidade, a Gerontologia, termo derivado dos vocábulos gregos géron (velho, ancião) e logia (estudo). A Gerontologia **é um campo científico e profissional multi e interdisciplinar** dedicado às questões multidimensionais do envelhecimento e da velhice nos seus mais variados aspectos (ex.: biopsicossociais, históricos, familiares, econômicos e culturais).

No Brasil, o primeiro curso de graduação em Gerontologia teve início em 2005 na Universidade de São Paulo (USP), Escola de Artes, Ciências e Humanidades (EACH). Até aquele momento, a formação na área ocorria em cursos de pós-graduação (stricto sensu e lato sensu). No ano de 2012, foi criado o Departamento de Gerontologia da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar). O (a) **bacharel em gerontologia** (gerontólogo(a)) tem uma formação generalista e integrada sobre o envelhecimento e a velhice, e está preparado(a) para refletir criticamente sobre as especificidades deste processo e deste grupo; pesquisar sobre temas gerontológicos, propor, implementar, gerenciar e avaliar programas e ações nesta área.

Já o **especialista em gerontologia** é o profissional com formação de nível superior nas diversas áreas do conhecimento (Psicologia, Serviço Social, Nutrição, Terapia Ocupacional, Direito etc.), titulado pela SBBG, apto para lidar com questões do envelhecimento e da velhice, com um olhar interdisciplinar a partir da sua área original de conhecimento.

James Birren (1918-2016), psicólogo norte-americano, é uma figura-chave no campo da Gerontologia. Ele fundou o primeiro programa de doutorado em Gerontologia na Universidade do Sul da Califórnia (Leonard Davis School of Gerontology) e foi um dos pioneiros no desenvolvimento da

psicogerontologia, estudando os aspectos psicológicos do envelhecimento ao longo do ciclo de vida. Ele produziu inúmeros artigos científicos e livros na área, tais como, *The Psychology of Aging*, *History of Geropsychology in Autobiography* além das várias edições das séries *Encyclopedia of Gerontology*, *Handbook of Mental Health and Aging* e *Handbook of the Psychology of Aging*. Essas compilações incluem pesquisas relevantes sobre questões do envelhecimento e da velhice, que contribuíram para o desenvolvimento da gerontologia e da psicogerontologia.

**Psicogerontologia** (em inglês, o termo comumente utilizado é *geropsychology*), também, difundida como **Psicologia do envelhecimento ou gerontologia psicológica** (Birren & Schroots, 2000; 2001), é uma especialidade da Psicologia que integra teorias, pesquisas e práticas relacionadas ao envelhecimento (Qualls, 2015). Essa área aplica conhecimentos e métodos para compreender e auxiliar as pessoas idosas, seus familiares e cuidadores na manutenção do bem-estar, na superação de problemas e na maximização do potencial na vida adulta, sempre considerando a diversidade da população idosa. A atuação da(o) psicogerontóloga(o) exige também sensibilidade para questões éticas e uma abordagem interdisciplinar, que é crucial quando se trata de pessoas com condições de saúde multifatoriais (APA, 2008).

No ano de 2010, a psicogerontologia se tornou oficialmente reconhecida pela American Psychological Association (APA) como sendo uma especialidade da Psicologia. No Brasil, o CFP ainda não a reconheceu como uma especialidade da Psicologia. No entanto, tem realizado esforços para fomentar discussões e promover a relevância do tema. Por meio de iniciativas como o desenvolvimento de referências técnicas e a organização de debates sobre o envelhecimento, o CFP busca conscientizar profissionais e acadêmicos sobre a importância de atuar junto à população idosa, incentivando a criação de políticas públicas e espaços de formação nessa área. Essas ações são fundamentais para consolidar a psicogerontologia no cenário nacional.

Psicogerontóloga(o) é a(o) psicóloga(o) que se especializa nas questões relacionadas ao envelhecimento e à velhice; no cuidado de pessoas idosas, seus familiares e cuidadores. Há uma ampla gama de contextos em que pode atuar, como hospitais, clínicas, serviços de saúde mental, universidades, escolas, organizações, sistemas de tráfego, sistemas jurídicos (como varas de pessoas idosas e de família), ILPIs etc. (APA, 2008; Council of Professional Geropsychology Training Programs, 2013). Isso reflete a versatilidade e importância da formação especializada para atender à diversidade de demandas que surgem com o envelhecimento.

Psicogerontologia: breve histórico e consolidação como campo científico

A psicogerontologia, como campo científico, é relativamente recente, com suas primeiras investigações sistemáticas datando do início do século XX. O primeiro grande tratado sobre a história da Psicologia do envelhecimento foi o artigo “A Brief History of the Psychology of Aging” de James E. Birren (1961) publicado em duas partes na revista *The Gerontologist* (Birren, 1961). Naquele momento, Birren sugeriu uma diferenciação dentro do desenvolvimento histórico da psicogerontologia da seguinte forma: (1) o período inicial, 1835-1918; (2) o início de estudos sistemáticos, 1918-1940; e (3) o período de expansão, 1946-1960.

No período inicial (1835-1918), embora filósofos e estudiosos de séculos anteriores já refletissem sobre o envelhecimento, foi somente com a introdução de métodos quantitativos e pesquisas empíricas, como as de Adolphe Quetelet em 1835, que o envelhecimento começou a ser investigado de maneira sistemática. Quetelet, um matemático e sociólogo belga, aplicou princípios estatísticos à observação humana, iniciando uma abordagem científica para entender as mudanças físicas e psicológicas ao longo da vida. Seus métodos quantitativos ajudaram a consolidar o estudo da velhice como um fenômeno observável e cientificamente analisável, diferentemente das abordagens filosóficas anteriores, como as de Shakespeare. O trabalho de Quetelet influenciou significativamente o surgimento de teorias e metodologias que moldaram o estudo do envelhecimento ao longo do século

XX. A partir de então, o campo se expandiu significativamente, com contribuições de diversas áreas da Psicologia, culminando na concepção do envelhecimento como um processo de desenvolvimento contínuo, e não apenas de declínio (Birren, 1961; Woodruff & Birren, 1975).

No período dos estudos sistemáticos (1918-1940), destaca-se o primeiro compêndio sobre aspectos psicológicos do envelhecimento desenvolvido por Stanley Hall e publicado no ano de 1922 com o título *Senescence the Last Half of Life* e os estudos sobre inteligência e envelhecimento conduzidos por Walter Miles em Stanford, iniciados em 1927 e resumidos em um artigo de 1933 na *Psychological Review*. Em seguida, merece destaque a obra *Problems of Ageing* (1939), de Edmund Vincent Cowdry. O livro *The Human Life-span as a Psychological Problem* (1968) da psicóloga do desenvolvimento Charlotte Bühler, também contribuiu para a área. Nessa fase, houve um desenvolvimento de pesquisas mais organizadas sobre o comportamento dos adultos à medida que envelhecem. A ideia de declínio cognitivo e físico ganhou evidência, mas começou a ser questionada.

No período de expansão (1946-1960), após a Segunda Guerra Mundial, a Psicologia do envelhecimento cresceu como campo, com mais investigações empíricas e a adoção de metodologias longitudinais para estudar o envelhecimento. Logo após o fim da Segunda Guerra Mundial, houve nos Estados Unidos, um aumento de pesquisas e publicações na área do envelhecimento com a formação do Social Research Council em 1943, a fundação da Gerontological Society of America (EUA) em 1945 e a criação do *Journal of Gerontology* (1946), periódico acadêmico se tornou uma plataforma essencial para a disseminação de pesquisas e avanços na área do envelhecimento, oferecendo uma visão abrangente sobre os aspectos biológicos, psicológicos e sociais do envelhecimento.

Em 1950, ocorreu a fundação da International Association of Gerontology (IAG), atualmente chamada IAGG, em Liège, na Bélgica, durante o 1st World Congress of Gerontology. A publicação do primeiro Manual de Psicologia do Envelhecimento (*Handbook of Aging and the individual*), foi outro marco no desenvolvimento da psicogerontologia (Birren, 1959; 1964).

Nesse mesmo período, James E. Birren foi nomeado o primeiro chefe da Seção sobre Envelhecimento do Instituto Nacional de Saúde Mental.

No início da década de 1960, a psicogerontologia entrou em um período de consolidação nos países norte-americanos e europeus, marcado pelo amadurecimento de seus conceitos e práticas. Esse processo de desenvolvimento contínuo se estendeu até o final da década de 1970 e início dos anos 1980, quando a Psicologia do envelhecimento se firmou como uma disciplina no campo da gerontologia. Esse período foi fundamental para a estruturação da área, consolidando bases teóricas e metodológicas que a tornaram uma parte essencial dos estudos do envelhecimento (Achenbaum, 1995; Birren & Schroots, 2000; 2001).

Nesse mesmo período, enquanto a psicogerontologia se consolidava em outros países, a Psicologia estava sendo regulamentada como profissão no Brasil, em 1962, com a promulgação da Lei nº 4.119. Durante essa década, houve também outros avanços importantes, tais como, a fundação da Sociedade Brasileira de Geriatria (SBG), em 1961 e, em 1967, o I Congresso Nacional de Geriatria e Gerontologia, em que a Gerontologia foi formalmente incorporada, permitindo a participação de profissionais de diversas categorias envolvidas com o estudo e o cuidado da população idosa, tornando-se Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG).

No ano de 1971, foi criado o CFP, responsável por fornecer diretrizes e fiscalizar a prática psicológica no Brasil. Em 1973, Paul Baltes e Klaus Warner Schaie publicaram a obra *Life-Span Developmental Psychology: Personality and Socialization*, na qual exploraram o conceito de desenvolvimento ao longo de toda a vida. Essa obra destacava a ideia de que o desenvolvimento humano é um processo contínuo, ocorrendo desde o nascimento até a velhice, enfatizando as mudanças e adaptações que ocorrem em diferentes fases da vida.

Em 1974, nos Estados Unidos, o Research on Aging Act (PL93-296) estabeleceu o National Institute on Aging (NIA) com Robert Butler se tornando o primeiro diretor. O NIA passou a ser uma instituição fundamental no apoio

e desenvolvimento de pesquisas voltadas para a compreensão das complexidades do envelhecimento humano, ajudando a moldar os campos da geriatria, gerontologia e psicogerontologia.

Fundada em 1980, a Faculty of the Psychology of Older People (FPOP) passou a oferecer um fórum para profissionais do Reino Unido trocarem informações, ideias e conhecimentos sobre abordagens psicológicas focadas em pessoas idosas. Embora seja voltada principalmente para psicólogos(os), a filiação está aberta as pessoas de outras disciplinas e grupos voluntários com interesse no trabalho com essa população. Seus objetivos incluem: aconselhar e influenciar políticas e serviços, combater estereótipos e discriminação por idade, colaborar com grupos profissionais e voluntários, promover inovações no cuidado, incentivar a pesquisa, educação e treinamento sobre questões do envelhecimento, e apoiar seus membros em níveis local, nacional e internacional.

Em 1982, a I Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, realizada em Viena, estabeleceu a primeira agenda internacional de políticas públicas para a população idosa. Este evento foi fundamental para a formulação de diretrizes, estratégias e práticas que influenciaram a abordagem das questões relacionadas ao envelhecimento, impactando significativamente a criação de políticas em várias partes do mundo.

Na década de 90, algumas iniciativas de grupos de pesquisa e atividades de extensão na área do envelhecimento foram desenvolvidas nas universidades, incluindo a participação de professores e estudantes de Psicologia. A título de ilustração, cita-se o Programa de Extensão Universidade da Pessoa Idosa (Uniterci) da Universidade Federal do Pará (UFPA), criado em 1991 e; o Núcleo Integrado de Estudos e Pesquisas da Terceira Idade (NIETI), vinculado à Pró-reitora de Extensão e Assuntos Comunitários da Universidade Federal da Paraíba (PRAC/UFPB), criado em 1992. Essas iniciativas influenciaram alguns estudantes e professores de Psicologia a se envolverem em grupos de estudos, cursos e atividades desenvolvidas com pessoas idosas.

Em 1997, foi inaugurado o Programa de Pós-graduação em Gerontologia na Universidade Estadual de Campinas (Unicamp), fruto da iniciativa de um grupo interdisciplinar de professores de diversos departamentos que se dedicavam ao estudo do envelhecimento e da velhice. Com a liderança desse grupo centrada em docentes da Faculdade de Educação, o curso foi proposto e estruturado a partir do Departamento de Psicologia Educacional dessa unidade, refletindo a visão integrada e inovadora sobre os desafios e oportunidades do envelhecimento (Faculdade de Ciências Médicas (FCM), Unicamp, 2024). Nesse período, a Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) criou o Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia Social (Fonseca & Mercadante, 2014). Já em 2000, iniciou o Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS).

A publicação da primeira edição do “Tratado de Geriatria e Gerontologia” em 2002, com capítulos escritos por profissionais da Psicologia, seguida de suas versões atualizadas ao longo dos anos, consolidou ainda mais o campo, fornecendo uma base teórica e prática fundamental para profissionais e pesquisadores da área (Freitas et al, 2002). No ano de 2003, a criação do Estatuto da Pessoa Idosa e da PNSPI representou um marco importante na proteção e promoção dos direitos das pessoas idosas no Brasil. Ambos são instrumentos fundamentais para garantir que essa população, que cresce continuamente, tenha acesso a cuidados e direitos básicos que assegurem qualidade de vida, dignidade e bem-estar.

Em 2004, a APA publicou as Diretrizes para práticas psicológicas com pessoas idosas (Guidelines for psychological practice with older adult) com versões atualizadas em 2014 e 2024. Os objetivos específicos dessas diretrizes são fornecer às(aos) psicólogas(os) uma referência para atuação prática com adultos mais velhos, informações básicas envolvendo atitudes, aspectos gerais do envelhecimento, interseccionalidade, questões clínicas, avaliação psicológica, intervenções, educação continuada e treinamento relevantes para a prática. As Diretrizes reconhecem e apreciam que existem vários métodos e caminhos pelos quais as(os) psicólogas(os) podem obter experiências e/ou buscar treinamentos para trabalhar com as pessoas idosas.

Conforme já mencionado, nos anos de 2005 e 2009, foram criados dois cursos de Bacharelado em Gerontologia em instituições no estado de São Paulo: o primeiro na EACH da USP e o segundo na UFSCar. À medida que a demanda por especialização na área aumentava, os programas acadêmicos passaram a incluir disciplinas focadas na compreensão e no atendimento das necessidades específicas da população idosa, promovendo uma formação mais completa e integrada para os profissionais da área. Nesse contexto, os temas relacionados à psicogerontologia começaram a ser incorporados gradualmente aos currículos dos cursos de graduação e pós-graduação das referidas universidades, exigindo a participação de professores e pesquisadores com conhecimentos no campo da Psicologia do envelhecimento, refletindo o reconhecimento da importância dessa área.

Em 2007, o tema “Brasil, uma nação que envelhece – o lugar do idoso na sociedade e os desafios para a Psicologia” foi escolhido para o Prêmio Monográfico Paulo da Silveira Rosas (CFP, 2008) com o objetivo estimular os estudantes e profissionais de Psicologia a produção científica a respeito da relação entre a Psicologia e o envelhecimento. Naquela ocasião, formou-se um grupo de trabalho composto por psicólogas(os) de diferentes áreas, tanto da academia quanto da prática profissional em diversas instituições. O objetivo era oferecer apoio na abordagem das questões relacionadas à população idosa, explorando as possibilidades de intervenção da Psicologia (CFP, 2008). Outrossim, 24 ILPIs, distribuídas em 11 estados da federação, foram inspecionadas pelo CFP em parceria com a Ordem dos Advogados do Brasil (OAB), com o objetivo de avaliar, por amostragem, as condições concretas a que estavam submetidas as pessoas idosas (CFP, 2008).

Nesse mesmo período, com o tema “Envelhecimento, Dimensão Subjetiva e Exclusão”, o CFP ampliou o debate para além das fronteiras do Brasil, levando-o a países da América Latina. O primeiro destino foi Havana, Cuba, durante o Congresso da União Latino-Americana de Entidades de Psicologia (ULAPSI). Em seguida, o debate continuou em Montevidéu, Uruguai, no Congresso Ibero-americano de psicogerontologia. A proposta encontrou ressonância e adesão em outros cinco países: Cuba, Chile, Bolívia, Uruguai e México. Em 2008, com o suporte do Grupo de Trabalho, da

Comissão Nacional de Direitos Humanos e da ABEP, o debate sobre o tema avançou, sendo realizadas discussões online, acessíveis a outros países sul-americanos (CFP, 2008).

No ano de 2008, ocorreu o “Seminário Nacional de Envelhecimento e Subjetividade” promovido pelo CFP, considerando as deliberações do VI Congresso Nacional de Psicologia (ocorrido em 2007), quando psicólogas(os) brasileiro(a)s reivindicaram diretrizes para atuação do Sistema Conselhos de Psicologia com relação à questão do envelhecimento. O seminário foi aberto à participação dos diversos profissionais interessados no tema do envelhecimento e teve como objetivos: 1) favorecer um debate amplo e transversal, abordando a subjetividade da pessoa idosa; 2) identificar psicólogas e psicólogos que atuavam profissionalmente com pessoas idosas; 3) reafirmar a Psicologia do Compromisso Social, colocando-a acessível às pessoas idosas e a seus familiares. O evento resultou a construção de uma rede de contatos para fortalecer as articulações voltadas em áreas como as políticas públicas e a fiscalização das ILPIs, bem como, na publicação do livro intitulado “Envelhecimento e Subjetividade: desafios para uma cultura de compromisso social”.

No ano de 2010, reitera-se que a psicogerontologia se tornou oficialmente reconhecida pela APA como sendo uma especialidade da Psicologia. Conforme mencionado, a APA representa a referência de vanguarda para a consolidação dessa área de atuação profissional da(o) psicóloga(o). Nesse contexto, vale destacar que foram criadas em 1946, a APA Division of Adult Development and Aging (Desenvolvimento Adulto e Envelhecimento, Divisão 20); em 1993, a APA Society of Clinical Geropsychology (Sociedade de Psicogerontologia Clínica, Divisão 12, seção II); em 2007, o Council of Professional Geropsychology Training Programs (Conselho de Programas de Treinamento Profissional em Psicogerontologia); em 2012, a GeroCentral.org foi inserida como parte de uma das organizações que colaboram com a Divisão 12, seção II e a Divisão 20 da APA e; em 2014, o American Board of Geropsychology (Conselho Americano de Psicogerontologia) (Hinrichsen & Emery-Tiburcio, 2022). Cabe mencionar que em 2011, uma edição completa da Educational Gerontology foi dedicada à

orientação em psicogerontologia para profissionais e pesquisadores, destacando uma série de questões relevantes em um contexto internacional.

Nos últimos 20 anos, o campo da psicogerontologia cresceu e se consolidou em diversas regiões do mundo, especialmente com o apoio de associações científicas e profissionais, tanto na América do Norte quanto na Europa. Esforços significativos têm sido feitos para definir e padronizar as competências, conhecimentos, habilidades e atitudes necessárias à formação de psicólogas(os) capacitadas(os) para trabalhar com o envelhecimento (Knight et al., 2009).

Na Europa, a European Federation of Psychologists Associations (EFPA) lançou uma força-tarefa criando um Comitê Permanente na área de psicogerontologia que apresentou um relatório sobre as atividades desenvolvidas nessa área e planos futuros, que incluem um banco de dados especializado em psicogerontologia em todos os estados membros da União Europeia, bem como, orientações, recomendações e sugestões relacionados com os estudos na área, visando orientar os programas de graduação e pós-graduação que envolvem a temática do envelhecimento.

Na Itália, a Società Italiana Psicologia dell'Invecchiamento (SIPI) é dedicada ao estudo e avanço da Psicologia relacionada ao envelhecimento. Ela reúne psicólogas(os) que trabalham nessa área, promovendo a troca de conhecimentos e a colaboração em pesquisas e intervenções que abordam as necessidades psicológicas das pessoas idosas. A SIPI organiza conferências, workshops e seminários, proporcionando oportunidades para discutir descobertas, tendências emergentes e melhores práticas na Psicologia do envelhecimento. Em Portugal, a Associação Portuguesa de Psicogerontologia (APP), busca construir uma sociedade mais inclusiva para todas as idades, combatendo estereótipos negativos sobre o envelhecimento e promovendo novas perspectivas sobre o envelhecer (Falcão, no prelo).

Na Ásia, a psicogerontologia está crescendo em importância na área de pesquisa, mas requer maior ênfase na incorporação de conhecimentos acerca do envelhecimento no currículo, tanto na graduação quanto na pós-

graduação (Woodhead et al., 2012). A Japanese Society of Clinical Geropsychology foi criada em 2018 em resposta ao rápido envelhecimento da população japonesa e à necessidade crescente de apoio psicológico especializado para pessoas idosas. O objetivo é reunir profissionais e pesquisadores para compartilhar conhecimentos, técnicas e práticas baseadas em evidências visando aprimorar a qualidade do atendimento psicológico e influenciar as políticas públicas. A sociedade publica anualmente o Japanese Journal of Clinical Geropsychology, oferece treinamentos e desenvolve materiais educativos (Falcão, no prelo).

Na África, o recurso mais notável com base no território continental é a atividade de pesquisa e prática sobre envelhecimento chamada Envelhecimento e Desenvolvimento, hospedada pelo African Population and Health Research Center (APHRC). Três projetos em andamento são destacados. O primeiro estuda as mudanças econômicas associadas ao envelhecimento populacional e o impacto do dividendo demográfico. O segundo foca na resiliência na velhice em contextos de escassez de recursos, abordando o bem-estar e a superação de obstáculos ambientais. O terceiro projeto, iniciado em 2013 no Quênia, busca identificar necessidades prioritárias da população idosa para gerar evidências que atendam a essas demandas. Embora as necessidades de saúde mental dos mais velhos sejam marginalmente abordadas, esses projetos destacam a importância de pesquisas que considerem as condições culturais, econômicas e educacionais locais (Bosco et al., 2024).

Percebe-se que, nos Estados Unidos, há uma tradição consolidada na produção de recursos acessíveis a estudantes, psicólogos(os), pesquisadoras(es) e à comunidade interessada na área da psicogerontologia. No entanto, em países que não compartilham dessa tradição, investimento e compromisso, as iniciativas são mais hesitantes, e os temas psicológicos frequentemente aparecem dentro de um escopo mais amplo da gerontologia, com enfoque predominantemente médico. Em contextos de extrema escassez de recursos, torna-se ainda mais desafiador considerar serviços de saúde mental, dado que até mesmo os cuidados de saúde física básica são

limitados, inexistentes ou acessíveis a uma pequena parcela da população (Bosco et al., 2024).

No Brasil, as(os) psicólogas(os) pioneiras(os) que se dedicaram ao estabelecimento da psicogerontologia eram autodidatas e se alimentavam da influência internacional através da leitura de artigos científicos, livros, participação em congressos e intercâmbios de pesquisa internacional. Entre suas tarefas iniciais estavam convencer a sociedade e a Psicologia de que a velhice deveria ser entendida como uma fase essencial e contínua do desenvolvimento humano, não apenas como um período de declínio. Várias(os) dessas(es) pioneiras(os) realizaram pesquisas científicas e/ou desenvolveram práticas com pessoas idosas, seus familiares e cuidadores que foram publicadas nacional e internacionalmente fortalecendo o campo no cenário brasileiro.

Nesse contexto, o Estudo FIBRA - Fragilidade em Idosos Brasileiros (Neri et al., 2013) destaca-se como uma das principais iniciativas nacionais voltadas para a compreensão dos determinantes sociais, de saúde e psicológicos associados ao envelhecimento. Com uma abordagem multidimensional, a pesquisa tem produzido contribuições significativas sobre aspectos como cognição, suporte social, funcionalidade e bem-estar entre pessoas idosas, evidenciando fatores que impactam a vulnerabilidade social e aumentam o risco de declínio funcional.

No cenário nacional, destaca-se também o Estudo Longitudinal de Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil), que integra a rede internacional de pesquisas longitudinais denominada Health and Retirement Family of Studies. Esse esforço global adota uma metodologia comum, permitindo comparações internacionais que enriquecem o entendimento sobre os determinantes sociais e biológicos do envelhecimento, dialogando diretamente com os pilares do envelhecimento ativo propostos pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2002), a saber: participação, saúde e segurança. O ELSI-Brasil, representativo da população com 50 anos ou mais, articula academia e gestão pública, com o apoio de instituições nacionais e

estrangeiras, além do financiamento do Ministério da Saúde (Lima-Costa, 2018b).

Ambos os estudos destacam a relevância da seguridade social para o envelhecimento digno e saudável. As análises geradas por essas pesquisas possibilitam identificar lacunas e oportunidades nas políticas de proteção social para as populações idosas, especialmente em um país marcado pela diversidade regional e cultural como o Brasil. Também, fornece subsídios essenciais para o desenvolvimento de políticas públicas e práticas clínicas mais inclusivas e eficazes, alinhadas aos princípios da psicogerontologia.

Em 2015, o CRP da 2ª região (CRP02/PE), em Recife-PE, reconheceu a importância de refletir sobre o papel da Psicologia no contexto do envelhecimento populacional. Para isso, foi criado o Grupo de Trabalho Estudos e Práticas da(o) Psicóloga(o) no Contexto do Envelhecimento Populacional (GTEPPE), com o objetivo de sensibilizar e incentivar a atuação das(os) psicólogas(os) diante da transição demográfica em curso. O grupo, composto por psicólogas(os) voluntárias(os), promoveu ações sociais, reuniões, eventos e pesquisas, fomentando debates interdisciplinares entre Psicologia, serviço social e direito. Essas iniciativas contribuíram para a formação de profissionais, especialmente recém-formados, no entendimento dos aspectos biopsicossociais do envelhecimento.

Com o apoio da Comissão de Políticas Públicas, em setembro de 2015, o CRP02/PE oficializou o GTEPPE, reforçando suas ações voltadas à promoção da qualidade de vida e dos direitos das pessoas idosas, além do combate à discriminação e negligência. O grupo destacou quatro eixos temáticos essenciais: transição demográfica e epidemiológica, a dimensão interdisciplinar do envelhecimento, os direitos humanos e as políticas públicas, bem como, o papel da Psicologia nesse processo.

Como resultado, em 2017, foi publicada a cartilha intitulada “Mais Psicologia para um País que Envelhece” (CRP02/PE, 2017), com o objetivo de sensibilizar estudantes e profissionais de Psicologia para as demandas, antigas e emergentes, relacionadas ao envelhecimento. Nesse mesmo

período, foi publicada no site do CRP08/PR (2017) uma entrevista com uma psicóloga e um texto da representante do CRP08/PR no Conselho Municipal Direito da Pessoa Idosa de Curitiba sobre políticas públicas e rede de assistência à pessoa idosa e um artigo sobre violência contra pessoas idosas da autoria de psicólogas na revista acadêmica do CFP.

O Grupo de Trabalho Psicologia, Envelhecimento e Velhice (GTPEV), vinculado à Comissão de Saúde do CRP03/BA, também, tem promovido ações que incentivam novas formas de atuação das(os) psicólogas(os) junto à população idosa. Em outubro de 2021, o GTPEV desenvolveu atividades baseadas no Relatório Técnico “Levantamento de dúvidas e dificuldades da(o) psicóloga(o) no atendimento às pessoas idosas no estado da Bahia”, que identificou a necessidade de materiais orientadores para a prática com pessoas idosas (CRP03/BA, 2021). A cartilha “Ageísmo e a prática profissional da/o psicóloga/o” resultante dessas ações se alinha às deliberações do 10º Congresso Nacional de Psicologia e à Década do Envelhecimento Saudável (2020-2030) da OPAS, cujo objetivo é mudar a forma como pensamos, sentimos e agimos em relação à idade, além de combater o idadismo, especialmente, direcionado às pessoas idosas.

No ano de 2022, ocorreu a I Jornada de Psicogerontologia UERJ/ USP, agrupando estudantes, professores, pesquisadores, psicólogas(os), membros do CFP e outros profissionais interessados na área. A referida Jornada ocorreu de forma gratuita, sendo realizada de forma on-line e liderada por docentes das referidas universidades. Esse evento impulsionou a criação do primeiro Grupo de Pesquisa em Psicogerontologia (GT-99) da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia (ANPEPP) e da fundação da Associação Brasileira de Psicogerontologia (ABPsiGero), oficializados em 2024.

A Associação Brasileira de Psicogerontologia, composta por estudantes, professores, pesquisadores e psicólogas(os) interessados ou atuantes na área, tem como objetivo promover o avanço do conhecimento, da pesquisa e da prática profissional, com foco na saúde e no bem-estar da população idosa no Brasil, bem como de seus familiares e cuidadores. Além

disso, busca ser uma referência na promoção de uma Psicologia que responda às demandas do envelhecimento, reconhecendo e valorizando a diversidade e singularidade de cada indivíduo ao longo da vida. A associação promove reuniões científicas, divulgações acadêmicas e eventos educacionais, consolidando-se como um espaço de inovação e troca de saberes (ABPSIGERO, [2025]).

A fundação da Associação Brasileira de Psicogerontologia é um importante marco na trajetória de décadas de desenvolvimento, pesquisa e atuação profissional no campo do envelhecimento no Brasil. Esse marco é fruto de esforços contínuos de profissionais que, ao longo dos anos, se dedicaram a compreender as complexidades do envelhecimento humano em suas múltiplas dimensões – biológicas, psicológicas e sociais. A criação da Associação reflete a consolidação de uma especialidade da Psicologia cada vez mais relevante em um país que envelhece rapidamente, destacando-se como um espaço para fortalecer a atuação profissional, promover a formação especializada e defender os direitos e o bem-estar da população idosa, seus familiares e cuidadores (ABPSIGERO, [2025]).

Com uma abordagem interseccional e um compromisso com os direitos humanos, a referida Associação surge como uma referência para promover a qualidade de vida e o respeito às pessoas idosas, enfrentando desafios como o idadismo, a desigualdade e a desumanização da velhice. Além disso, se posiciona como um elo estratégico para incentivar o diálogo e a articulação entre as universidades, políticas públicas e a sociedade civil, visando enfrentar os desafios do envelhecimento com uma abordagem ética e humanizada (ABPSIGERO, [2025]).

### **Processos de desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas teóricas e paradigmas contemporâneos**

A “Psicologia do envelhecimento” comumente é considerada como sendo muito próxima ou até mesmo um subcampo da “Psicologia do desenvolvimento”, dado que ambas compartilham o foco no estudo das mudanças ao longo do ciclo de vida. Este vínculo se reflete especialmente

nas pesquisas sobre envelhecimento cognitivo, um dos temas mais pesquisados nessa área (Wahl & Krampen, 2003). Vários eventos socioculturais impulsionaram o estudo sistemático do envelhecimento. O principal deles foi o envelhecimento populacional nos países desenvolvidos ao longo do século XX, que trouxe à tona a discrepância entre as crenças científicas e a realidade do envelhecimento vivenciada por cientistas e indivíduos da mesma geração. Além disso, os movimentos sociais americanos, que defendiam os direitos das minorias, incluindo mulheres e pessoas idosas, passaram a investigar fatores associados a uma velhice saudável e ativa, bem como a satisfação com a vida na meia-idade (Neri, 2006).

A Psicologia do envelhecimento foi influenciada por uma série de teorias e paradigmas que moldaram seu desenvolvimento e compreensão. A teoria evolucionista de Darwin (1801-1882) é o ancestral comum das teorias de estágio desenvolvidas no início do século XX, com seus princípios de mudança contínua, multidirecionalidade, seletividade, criatividade e progressividade (Neri, 2022). Esses princípios influenciaram psicólogos(os) como G. Stanley Hall (1922), que após sua aposentadoria, escreveu a obra *Senescence, the last half of life* apresentando relatos autobiográficos e questões relacionadas aos estigmas e redução dos papéis sociofamiliares na velhice; a marginalização de pessoas idosas no mercado de trabalho; Psicologia da morte etc.

Conforme Neri (2022), destacam-se, também, as contribuições de Carl Jung (1971), Charlotte Bühler (1935) e Erik Erikson (1950), que exploraram aspectos do desenvolvimento psicológico e social ao longo da vida. A teoria de Erikson foi a primeira a considerar o desenvolvimento como um processo que dura toda a vida, motivo pelo qual é considerada como precursora do paradigma *lifespan*. O paradigma de curso de vida (*life course*), surgiu a partir do diálogo entre a Antropologia Cultural e a Sociologia. Seus conceitos centrais são a interação social e a socialização, ligados ao funcionalismo na Psicologia e ao interacionismo simbólico na Sociologia. Os precursores incluem William James, na Psicologia, nos anos 1890, e George Herbert Mead, na Sociologia, nos anos 1930.

Essas ideias influenciaram teóricos como Havighurst (1951, 1953), com a teoria das tarefas evolutivas, Brim e Wheeler (1966), e Neugarten (1964, 1965, 1969, 1988), com sua abordagem da construção social do desenvolvimento e Chiriboga (1975), também, desempenhou um papel crucial, ao enfatizar a importância de considerar a vida como um processo contínuo de mudanças e transições. Nesse paradigma, indivíduo e ambiente social influenciam-se mutuamente, moldando a trajetória de desenvolvimento ao longo dos anos. O desenvolvimento é visto como um processo contínuo de adaptação que se estende por toda a vida. Essa perspectiva impactou fortemente o paradigma do desenvolvimento ao longo da vida (lifespan), que sintetiza conceitos organicistas, de curso de vida e dialéticos (Neri, 2016).

Essas influências convergiram para consolidar a Psicologia do envelhecimento como um campo de estudo baseado no enfoque do desenvolvimento ao longo da vida (lifespan). Esse paradigma possibilitou o surgimento de novas metodologias e gerou uma quantidade substancial de dados empíricos, que enriqueceram a compreensão dos padrões evolutivos na velhice e da plasticidade cognitiva em pessoas adultas e idosas. A perspectiva lifespan oferece uma visão dinâmica do desenvolvimento humano, integrando continuidade e mudanças em todas as fases da vida.

Esse paradigma reconhece que o desenvolvimento não se limita a uma única etapa, mas ocorre do nascimento à velhice, abrangendo múltiplos níveis, temporalidades e dimensões. Ele propõe que o desenvolvimento inclui tanto ganhos quanto perdas ao longo da vida, resultando em uma perspectiva multidimensional, multidirecional e multifuncional, moldada por influências genético-biológicas, históricas e socioculturais. Essas influências podem ser normativas, ou seja, comuns e previsíveis, ou não normativas, ocorrendo de maneira única em certos indivíduos (Baltes, Reese & Lipsitt, 1980; Baltes, 1987; Baltes, Lindenberger & Staudinger, 1998).

Uma característica essencial do paradigma lifespan é a interligação entre todas as fases da vida, que têm igual importância no processo de desenvolvimento. O conceito de plasticidade comportamental também é central, refletindo a capacidade do indivíduo de se adaptar e mudar ao longo

do tempo. Esse processo dinâmico é moldado pela interação constante entre o indivíduo e o ambiente, sendo influenciado tanto por mudanças graduais relacionadas à idade e à história quanto por eventos imprevisíveis. O equilíbrio entre ganhos e perdas reflete a complexidade do desenvolvimento contínuo e adaptativo, onde as pessoas são, em grande parte, agentes de seu próprio desenvolvimento (Brandtstädter, 2007; Lerner & Busch-Rossnagel, 1981).

Assim como o psicólogo suíço Jean Piaget foi uma influência importante para a Psicologia do desenvolvimento infantil, o psicólogo alemão Paul Baltes foi igualmente influente nas áreas de envelhecimento e desenvolvimento ao longo da vida. Em síntese, segue uma síntese das principais proposições teóricas características da perspectiva lifespan (Baltes, 1987; Baltes, Lindenberger & Staudinger, 2006):

1. O desenvolvimento é um processo que ocorre ao longo da vida, em contraste com a crença de que ele se encerra após a adolescência. Nenhum período etário tem supremacia na regulação da natureza do desenvolvimento. Cada fase apresenta características e valores únicos.

2. O desenvolvimento é um processo que envolve ganhos e perdas. A seleção e adaptação seletiva estão relacionadas ao contexto, espaço e tempo. Essa perspectiva gera uma compreensão multidimensional, multidirecional e multifuncional do desenvolvimento.

3. As habilidades das pessoas podem mudar ao longo da vida, refletindo a plasticidade em contraste com a visão do envelhecimento como um processo de rigidez crescente. A plasticidade intraindividual é evidente no desenvolvimento psicológico. Dependendo das condições de vida e das experiências vividas, o curso do desenvolvimento pode assumir diversas formas. Muitas capacidades podem ser aprimoradas com prática e treinamento, mesmo em idades avançadas.

4. O desenvolvimento ontogenético – refere-se ao processo de desenvolvimento de um organismo ao longo de sua vida, desde a fertilização até a morte –, em nível sistêmico, envolve a coordenação e a alocação competitiva de recursos para funções distintas: crescimento, manutenção

(incluindo resiliência) e regulação da perda. Ao longo da vida, observa-se uma mudança no perfil de alocação funcional, que transita de uma ênfase maior na alocação de recursos para o crescimento, predominante na infância, para um aumento significativo na alocação de recursos voltados à manutenção e à gestão da perda.

5. O desenvolvimento humano, em sua arquitetura biológica e cultural, é essencialmente incompleto e passível de transformações contínuas. Nesse sentido, o desenvolvimento ontogenético apresenta variações significativas em função das condições sociais, histórico e culturais. Os mecanismos subjacentes a esse processo podem ser descritos pelos princípios do contextualismo. Por exemplo, o desenvolvimento pode ser compreendido como um resultado das interações dialéticas entre três sistemas de influências: as influências normativas relacionadas à idade, as influências normativas associadas à história e as influências não normativas (idiossincráticas). Cada uma dessas fontes destaca as diferenças individuais e, além disso, está sujeita a constantes mudanças.

6. O desenvolvimento bem-sucedido é definido como a maximização (subjetiva e objetiva) dos ganhos e a minimização das perdas. Pode ser entendida como resultado de uma interação colaborativa entre três componentes: seleção, otimização e compensação. A pressão ontogenética para essa dinâmica aumenta com a idade, à medida que a incompletude relativa da arquitetura biológica e cultural se torna mais evidente.

7. O desenvolvimento psicológico deve ser compreendido dentro de um contexto interdisciplinar, que envolve disciplinas, tais como, antropologia, biologia e sociologia, todas relacionadas ao desenvolvimento humano. A adoção da perspectiva lifespan para incorporar diferentes pontos de vista interdisciplinares sugere que uma abordagem psicológica isolada oferece apenas uma representação parcial do comportamento humano, desde o nascimento até a morte. Essa integração é essencial para uma compreensão mais abrangente do desenvolvimento ao longo da vida.

Nesse cenário, vale mencionar o modelo bioecológico de Bronfenbrenner que destaca a importância de compreender o desenvolvimento humano como um processo dinâmico e interativo, onde fatores individuais e contextuais se entrelaçam e influenciam mutuamente ao longo do tempo. No modelo Processo-Pessoa-Contexto-Tempo (PPCT), Bronfenbrenner define a dinâmica do desenvolvimento humano a partir de quatro componentes principais:

1. Processo: refere-se às atividades ou interações que os indivíduos realizam. Estes processos são influenciados por fatores biológicos, psicológicos e sociais.

2. Pessoa: diz respeito às características biopsicossociais individuais, que incluem aspectos como temperamento, habilidades, e experiência de vida.

3. Contexto: envolve os ambientes e as relações que os indivíduos estabelecem. Assim sendo, o envelhecimento pode ser compreendido como sendo influenciado por contextos em diversos níveis ou sistemas que se inter-relacionam, a saber:

- **Microsistema:** o nível mais próximo do indivíduo, que inclui as relações imediatas e significativas, como a família e os amigos. É o ambiente mais direto onde as interações diárias ocorrem.

- **Mesosistema:** formado pela conexão entre diferentes microsistemas. Por exemplo, a interação entre a família e vizinhos, e como essas interações influenciam o desenvolvimento do indivíduo.

- **Exossistema:** inclui os ambientes que não envolvem diretamente a pessoa, mas que ainda assim afetam seu desenvolvimento.

- **Macrossistema:** refere-se aos aspectos socioculturais amplos que afetam o desenvolvimento, como normas culturais, valores e sistemas econômicos e políticos.

- Cronossistema: relaciona-se às mudanças e transições ao longo do tempo, tanto no desenvolvimento do indivíduo quanto nos ambientes em que ele está inserido. Este nível considera a dimensão temporal e como as mudanças ao longo da vida e na sociedade impactam o desenvolvimento.

4. Tempo: refere-se à dimensão temporal que influencia como os processos de desenvolvimento evoluem. Isso inclui tanto mudanças individuais ao longo da vida quanto mudanças no contexto social e cultural. Esse modelo pode auxiliar o planejamento de intervenções psicológicas eficazes para essa população.

Nas últimas décadas, a psicogerontologia tem ampliado seu escopo teórico, metodológico e de intervenções, reconhecendo as diversas velhices e a necessidade de garantir um processo de envelhecimento digno ao longo do curso de vida. O envelhecimento é um processo dinâmico, no qual as pessoas idosas são capazes de manter e desenvolver novos recursos psicológicos e sociais, ao contrário da visão tradicional de declínio inevitável (Baltes & Baltes, 1990). No entanto, a heterogeneidade do envelhecimento humano se manifesta não apenas no âmbito da subjetividade, mas também na concretude das condições de vida.

A qualidade de vida na velhice é diretamente influenciada pelo acesso a serviços básicos, como saúde, educação e saneamento, bem como pelo desenvolvimento tecnológico e pela garantia de uma renda adequada, por exemplo. As trajetórias de vida, portanto, são construídas a partir de um conjunto de recursos e oportunidades desigualmente distribuídos, evidenciando a importância de considerar os contextos sociais e históricos específicos em que as pessoas idosas estão inseridas.

Os avanços alcançados na área da Gerontologia e, posteriormente, na psicogerontologia demonstram a importância de um olhar integral, que vá além do biomédico, na atenção e cuidado às pessoas idosas. Além disso, abordagens que consideram as subjetividades, fatores psicológicos e de saúde mental não podem andar desvinculados aos contextos históricos e socioeconômicos das diferentes realidades onde o heterogêneo grupo etário

mais velho da população habita. Nesse sentido, a sequência deste eixo foi dedicada a trazer conceitos e ferramentas éticas para o desenvolvimento da práxis das(os) profissionais de Psicologia que auxiliem a dar conta da diversidade de contextos e características das diferentes velhices.

### **Interseccionalidade na Psicogerontologia: conceito e ferramenta para a atuação das(os) psicólogas(os)**

O conceito da interseccionalidade é utilizado no presente texto tal como sistematizado em 1989 pela feminista e jurista norte-americana, Kimberlé Crenshaw, quem o introduziu na formalidade acadêmica (Kyrillos, 2024; Assis, 2019). Assis (2019) destacou que a autora em questão propôs o uso do conceito de interseccionalidade como uma metodologia a ser utilizada para enfrentar as causas e efeitos da violência contra a mulher nas comunidades negras.

É sobre a associação de múltiplos sistemas de subordinação (eixos) e têm como efeito discriminações compostas (ou carga múltipla de discriminação). São como avenidas que se cruzam. A interseccionalidade trata da forma como o racismo, o patriarcalismo, a opressão de classe e outros sistemas discriminatórios, como o baseado na questão de idade, por exemplo, criam desigualdades básicas que estruturam posições de subordinação dos sujeitos e grupos sociais e comunidades. Refere-se a à maneira como ações e políticas específicas geram opressões que fluem ao longo desses eixos, confluindo em aspectos dinâmicos do desempoderamento (Crenshaw, 2002).

Kyrillos (2024) indicou que o conceito não era novo dentro do movimento feminista negro e ressaltou a importância de este ser uma contribuição feminista, que teve sua construção com a contribuição de diversas mulheres negras afroamericanas, como Audre Lorde, Angela Davis e Bell Hooks, entre outras. Ao mesmo tempo, a autora contou sobre a popularização da interseccionalidade na atualidade, trazendo a preocupação, compartilhada com outros autores (Bilge, 2018; Collins, 2019; Fraser, 2009 Apud de Kyrillos, 2024), acerca do que mais ameaça a própria

interseccionalidade, isso sendo o seu esvaziamento político e a apropriação por práticas neoliberais.

A autora enfatizou o potencial analítico e prático do conceito e situou três principais pontos a serem considerados ao procurar o aprofundamento na questão da interseccionalidade:

1. As origens anteriores ao nome interseccionalidade - importância de lembrar a origem afronorte americana e a disseminação no campo acadêmico e do ativismo negro em outras partes do mundo.

2. Interseccionalidade como investigação, teoria e práxis crítica - entendê-la como “representando uma síntese entre os movimentos sociais e o conhecimento acadêmico crítico” (Kyrillos, 2024). Dessa forma, não seria apenas um método de pesquisa, mas também uma ferramenta de empoderamento, impactando no modo de agir socialmente e produzindo conhecimento. Nesse sentido, a interseccionalidade passa a constituir-se também como uma teoria social crítica (em formação), que se debruça sobre sistemas de poder que se co-produzem e reproduzem condições desiguais. A autora chamou a atenção para a importância do entendimento de que não está se falando de uma teoria exclusivamente identitária; ou seja, raça gênero, classe são compreendidos como marcadores sociais de desigualdade e não como marcadores identitários, a partir dos quais se poderia atribuir causalidades somente a partir da identidade de cada grupo (Collins 2019 Apud de Kyrillos, 2024).

3. Compromisso indispensável com a justiça social - a autora considerou este o ponto mais basilar para o entendimento da interseccionalidade, no sentido de que sem ele o conceito não poderia existir, pois o compromisso com a justiça social é inegociável; trata-se de uma ética, na qual a justiça social é o elemento fundante da interseccionalidade (Bilge, 2018; Collins, 2019; Fraser, 2009 Apud de Kyrillos, 2024). O alerta quanto à apropriação neoliberal do conceito vai nessa direção. Não é possível aceitar a utilização da interseccionalidade em contextos nos quais o propósito da ação não seja ter como efeito justiça social.

Ao aplicar a lente da interseccionalidade à psicogerontologia, é possível identificar e desconstruir as desigualdades que impactam a saúde mental, o bem-estar e a qualidade de vida nas diversas trajetórias de envelhecimento (Chariglione, Ferreira & Falcão, 2025). Na atualidade, tem-se robustas evidências que demonstram a influência de mercados sociais nos contextos de desigualdade social. Silva (2017) contribuiu para a pesquisa das interações entre idade e raça/cor, com o objetivo de identificar os fatores determinantes da incapacidade funcional em idosos, considerando a variável de raça/cor da pele. A pesquisa envolveu uma amostra de 1.244.372 idosos brancos, pardos e pretos do município de São Paulo, utilizando a Razão de Prevalência para análise estatística. O estudo descreveu os perfis de incapacidade funcional de pessoas idosas com base em variáveis demográficas, socioeconômicas e de modo de vida, sob a perspectiva étnico-racial, e avaliou a incapacidade funcional considerando déficit de mobilidade, dificuldades nas atividades básicas e instrumentais da vida diária.

As diferenças entre os grupos de raça/cor não puderam ser explicadas apenas em função das condições demográficas, socioeconômicas e modo de vida, suscitando que a iniquidade e o racismo no campo da saúde estiveram presentes nas desigualdades sistemáticas encontradas nos grupos raciais investigados. As desigualdades encontradas entre as categorias raciais sinalizaram situações sistemáticas de desvantagens para os idosos pardos e, principalmente, para os idosos pretos. Racismo e iniquidade em saúde foram as condições explicativas dessas desigualdades.

Outra questão central no debate do envelhecimento populacional e interseccionalidades é a questão de gênero. Vive-se a feminização da velhice, um fenômeno urbano no qual observa-se a maior presença relativa de mulheres na população idosa além da maior longevidade, maior expectativa de vida por ocasião do nascimento e aos 60 anos, crescimento do número de mulheres que fazem parte da população economicamente ativa e que são chefes de família (Camarano & Fernandes, 2022; Carney, 2018).

Mulheres tendem a enfrentar desafios e experiências específicas ao longo do envelhecimento, como a sobrecarga de cuidados com a família, a

discriminação de gênero, a maior vulnerabilidade a situações de violência e abuso, a pobreza e a desproteção social. São elas as mais expostas à condição de “dependentes” na relação familiar, experimentam menor autonomia, necessitam mais de auxílio em atividades de vida diária do que os homens idosos, porém recebem menos cuidados que eles (Camarano, 2020). A feminização da velhice se complexifica com suas desigualdades de classe, raça e gênero.

Além disso, a maior longevidade em relação aos homens tem várias implicações. Por exemplo, à medida que envelhecem, é mais provável que se tornem cuidadoras de outras pessoas, enfrentam a viuvez e estejam em maior risco de condições de saúde associadas à idade avançada (APA, 2018). A instabilidade financeira pode ser particularmente relevante para o crescente número de avós mulheres que criam netos (Choi et al., 2016; Dias & Schuler, 2013).

Rabelo e Santos (2022) abordaram as vulnerabilidades das mulheres idosas negras no Brasil, destacando como o racismo, a dificuldade no acesso a serviços de saúde, as questões trabalhistas, a sobrecarga, a violência doméstica, financeira e psicológica, além da exclusão social e familiar, as tornam especialmente marginalizadas. A pandemia da *coronavírus disease* 2019 (covid-19) intensificou essas dificuldades, ampliando o isolamento e os conflitos dentro dos lares. A discriminação racial e as microagressões diárias têm impactos profundos na saúde mental dessa população e revela a necessidade urgente de ações para mitigar essas desigualdades. A passividade muitas vezes associada a uma resignação fatalista ou religiosa reflete as opressões estruturais enfrentadas ao longo de suas vidas. O texto também abordou a invisibilidade das mulheres negras lésbicas idosas, que enfrentam discriminação múltipla. Finalmente, ressaltou a necessidade de políticas públicas antirracistas, feministas e efetivas para combater essas desigualdades e promover uma velhice digna para essa população.

Nessa conjuntura, destaca-se que a discussão social sobre a velhice entre pessoas idosas lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros, *queer*, intersexuais, assexuais e demais orientações sexuais e identidades de gênero

(LGBTQIA+<sup>4</sup>) ainda é pouco expressiva. Predomina um “panorama heteronormativo sobre a velhice” que privilegia uma representação de envelhecimento *mainstream*, associada aos “velhos universais” (heterossexuais, cisgêneros e brancos), em contraste com a “Gerontologia LGBT” (Araújo, 2022; Henning, 2017).

No geral, os grupos minoritários de pessoas idosas LGBTQIA+, enfrentam uma invisibilidade social que agrava vulnerabilidades sociais, psíquicas, físicas e econômicas. Essa falta de reconhecimento aumenta os riscos de discriminação, uso abusivo de álcool, doenças físicas e psicológicas, desamparo, solidão e comportamentos de risco, como o suicídio (Fredriksen-Goldsen & Vries, 2019), sobretudo, entre aqueles com maiores limitações de acesso a serviços de saúde e trabalho.

Na arena das discussões sobre os diversos modos de envelhecer, em 2022, a 5ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa centrou-se no tema "Os desafios de envelhecer no século XXI e o papel das políticas públicas". O objetivo foi discutir os desafios associados ao envelhecimento, reconhecendo as potencialidades e contribuições significativas das pessoas idosas, além de identificar suas condições de vida, necessidades de saúde e bem-estar em diversas realidades.

Neste contexto, destacou-se as Populações do Campo, da Floresta e das Águas (PCFA), que são caracterizadas por grupos sociais e comunidades cujos modos de vida, produção e reprodução social estão profundamente relacionados com a terra e seus territórios (Brasil, 2013). As PCFAs abarcam as comunidades tradicionais, como ribeirinhos, quilombolas, moradores e usuários de reservas extrativistas em áreas florestais ou aquáticas, além de populações afetadas por barragens, entre outros. Esta categoria também abrange camponeses, como agricultores familiares, assentados, acampados, trabalhadores assalariados e temporários, independentemente de morarem em contextos rurais (Brasil, 2013).

---

<sup>4</sup> O CFP, através da Portaria nº 74 de 28 de junho de 2023 “estabelece o uso da sigla LGBTQIA+ no âmbito no Conselho Federal de Psicologia”.

Rabelo (2020) discutiu como as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil enfrentam desigualdades sociais, racismo ambiental e condições de envelhecimento precárias que evidenciam a interseção entre a marginalização dessas populações e o impacto das políticas públicas (ou a falta delas) sobre sua saúde e bem-estar. Essas populações sofrem com a exploração de seus territórios e recursos naturais, tendo acesso limitado a direitos básicos como saúde e educação. O envelhecimento dessas comunidades é marcado pela falta de infraestrutura, desigualdade de gênero e altos índices de doenças e transtornos mentais, principalmente entre as mulheres. A combinação de fatores como exclusão social, pobreza e discriminação racial agrava a vulnerabilidade dessas populações, especialmente as mais velhas, que enfrentam dificuldades no acesso a cuidados e enfrentam a perda de identidade cultural. É necessário adotar políticas públicas que considerem as especificidades desses grupos, promovendo mais inclusão e justiça social.

Assim, as pessoas idosas pertencentes às PCFA enfrentam vulnerabilidades sociais específicas e complexas, que se somam aos desafios já vivenciados pela população idosa em geral. Essas vulnerabilidades são exacerbadas pelas condições socioeconômicas, geográficas e culturais, exigindo atenção e ações intersetoriais, especialmente nos seguintes desafios:

- Isolamento social e solidão: a distância geográfica dos centros urbanos, a dispersão populacional e a falta de infraestrutura de transporte dificultam o acesso a serviços de saúde, de lazer e de oportunidades de participação social. Ademais, a migração de filhas (os) e netas (os) para áreas urbanas e a falta de atividades sociais agravam essa situação.
- Acesso limitado a serviços de saúde: a escassez de serviços de saúde especializados, a falta de profissionais qualificados e a dificuldade de locomoção impõem barreiras ao acesso à saúde, especialmente para idosos com doenças crônicas e necessidades de cuidados complexos. A falta de medicamentos, equipamentos e insumos básicos também

compromete a qualidade da atenção, resultando em agravamento de doenças e perda de autonomia.

- Insegurança alimentar e nutricional: a dependência de atividades agrícolas de subsistência, os baixos níveis de renda e escolaridade, a falta de acesso a mercados e a escassez de água potável contribuem para a insegurança alimentar e nutricional.
- Violência e abandono: a invisibilidade social, a falta de proteção legal e a fragilidade das redes de apoio social colaboram para maior suscetibilidade das pessoas idosas à violência física, psicológica, financeira e sexual, além do abandono familiar.
- Perda de terras e meios de subsistência: conflitos fundiários, exploração predatória de recursos naturais e projetos de desenvolvimento que desconsideram as necessidades das comunidades locais ameaçam a posse de terras e os meios de subsistência das pessoas idosas e suas famílias. Isso repercute também na saúde mental, principalmente quando se considera os vínculos afetivos e simbólicos que as pessoas idosas têm com seus territórios.
- Desvalorização e apagamento dos saberes tradicionais: a desvalorização dos saberes tradicionais, ou mesmo o seu apagamento, repercute na identidade e nos vínculos comunitários, o que demanda políticas de proteção e valorização das práticas e modos de vida das Populações do Campo, da Floresta e das Águas.

A Portaria nº 2.866, de 2 de dezembro de 2011, representou um avanço significativo na promoção da saúde para as populações do campo, da floresta e das águas no Brasil ao instituir a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta (PNSIPCF), aprovada na 14ª Conferência Nacional de Saúde. A PNSIPCF estabeleceu diretrizes para garantir o acesso equitativo aos serviços de saúde, respeitando as especificidades culturais e territoriais dessas comunidades.

Os contextos explicitados acima não dão conta da diversidade de realidades existentes na contemporaneidade. As comunidades são atravessadas por dimensões complexas como migrações, deficiência física,

população de rua, população cigana, entre outras. As(os) profissionais de Psicologia que trabalham diretamente nas políticas públicas podem ter mais familiaridade com o conceito de interseccionalidade ou podem deparar-se intensamente ou menos com o cruzamento de marcadores sociais que afetam os sujeitos. Porém, a perspectiva da interseccionalidade transversaliza as diferentes áreas de atuação da profissão. Na clínica, o sujeito que busca o atendimento psicológico está inserido no social e atravessado por múltiplas dimensões. Mesmo que este não seja atravessado diretamente por condições de desigualdade, dificilmente não se relaciona com pessoas que o são, o que de alguma forma demanda do sujeito a se posicionar (ou abster) em relação às determinações e condicionalidades em questão (condição socioeconômica, acesso ao trabalho e renda, convívio com etnias, orientações de gênero, idades diferentes, entre outras tantas situações).

Nesse sentido, este trabalho visa ser fonte de apoio e sensibilização a profissionais para a atuação balizada no respeito aos direitos humanos, baseado em práticas que promovam a justiça social e a igualdade de direitos, considerando as singularidades e as diferenças de forma equitativa. Espera-se que o público mais velho possa encontrar psicólogas(os) preparados para fazer frente às comuns manifestações idadistas, que podem ou não escalar para atos violentos, observadas no dia a dia dos serviços públicos, como unidades de saúde, escolas, centros de assistência social, territórios urbanos e rurais, nos consultórios e ambulatórios, entre tantos outros espaços em que a(o) psicóloga(o) pode atuar. Fazer frente com a perspectiva de que o idadismo é interseccional, ou seja, se cruza e interage com outras formas de estereótipos, preconceitos e discriminações, incluindo o classicismo, o capacitismo, o sexismo e o racismo, impactando ainda mais os efeitos do idadismo sobre a saúde e o bem-estar das pessoas.

### **A importância de reconhecer e combater o idadismo na prática psicológica**

O idadismo ou etarismo (em inglês, “ageism”), foi inicialmente definido por Robert Butler (1927-2010), psiquiatra e primeiro diretor do Instituto Nacional do Envelhecimento nos Estados Unidos, para descrever o “preconceito de uma faixa etária contra outra faixa etária” (Butler 1969, p. 243). Na literatura científica, a palavra “ageism” sofreu diversas traduções para a língua portuguesa, tais como, idadismo, etarismo e ageísmo. No presente trabalho, optou-se pelo uso do termo idadismo para se referir a estereótipos, preconceitos e discriminação relacionados com a idade. E apesar de pessoas de qualquer faixa etária sofrerem as consequências desse fenômeno, este material focalizou a população com idade igual ou superior a 60 anos.

A OPAS (2022) conceitua este fenômeno destacando que: (...) “refere-se a estereótipos (como pensamos), preconceitos (como nos sentimos) e discriminação (como agimos) direcionadas às pessoas com base na idade que têm” (p. XVII). Entre os impactos negativos, nas pessoas idosas, decorrentes deste tipo de discriminação estão: a “uma menor expectativa de vida, pior saúde física e mental, recuperação mais lenta de incapacidade e declínio cognitivo, (...) “aumenta seu isolamento social e sua solidão, (...) restringe sua capacidade de expressar sua sexualidade e pode aumentar o risco de violência e abuso” (OPAS, 2022, p. XVIII).

O idadismo pode se manifestar em diferentes níveis — social, individual ou intergrupal — (Levy, 2018), e pode ser tanto consciente (explícito) ou inconsciente (implícito). Ele se expressa de maneira negativa ou positiva, sendo identificado como idadismo hostil ou benevolente (Cary, Chasteen & Remedios, 2017). O benevolente, caracterizado por atitudes de empatia e piedade excessivas, pode parecer inofensivo à primeira vista, mas frequentemente resulta em comportamentos paternalistas que desconsideram a autonomia e a competência das pessoas idosas. Quando a ajuda é oferecida sem o devido respeito ao interesse ou capacidade do indivíduo, isso pode gerar consequências negativas, como a redução da autoestima, passividade, dependência aprendida, falta de motivação, vitimização e perda de confiança (Baltes & Wahl, 1996; Hehman & Bugental, 2015). A manifestação hostil das atitudes discriminatórias, por sua vez, envolve

população idosa. Isso ficou evidente durante a pandemia de covid-19, quando discursos e ações sugeriram que a vida dos mais velhos tinha menos valor (Ayalon, 2020). Esse tipo de idadismo tem sido amplamente estudado por seus efeitos negativos na autopercepção do envelhecimento, na saúde física e no bem-estar psicológico das pessoas idosas (Heywood et al., 2019; Jackson et al., 2019; Levy et al., 2020). Essas atitudes hostis podem agravar o isolamento social e prejudicar a saúde mental, destacando a necessidade urgente de combater essa forma de discriminação.

A psicóloga social Becca Levy (2009) propôs um modelo teórico sobre a internalização de estereótipos relacionados à velhice, argumentando que estereótipos negativos e positivos sobre a idade são absorvidos ao longo da vida, começando na infância; podem atuar de maneira inconsciente; ficam mais evidentes quando se tornam auto relevantes; e operam por meio de vias psicológicas, comportamentais e fisiológicas. Esses estereótipos, particularmente os negativos, contribuem para a formação de crenças e opiniões sobre as pessoas idosas e podem impactar negativamente a autopercepção, saúde e bem-estar das pessoas na última etapa da vida.

O idadismo e o capacitismo estão interconectados, manifestando-se na suposição de que a deficiência é uma norma na velhice. Essa perspectiva justifica a remoção da autonomia e independência dos mais velhos, levando à crença de que são incapazes de tomar decisões, administrar seus recursos financeiros ou viver de acordo com suas próprias vontades. Além disso, pessoas idosas com limitações funcionais são frequentemente estereotipadas como estando em declínio ou como crianças com habilidades limitadas (CRP03/BA, 2021).

As mulheres representam a maior parte da população idosa e, conseqüentemente, sofrem de forma mais acentuada com as normas sociais de beleza que privilegiam a juventude, fazendo com que o envelhecimento físico feminino seja frequentemente percebido de maneira negativa. Esse contexto pode intensificar as percepções desfavoráveis que mulheres idosas têm em relação à sua aparência e imagem corporal, reforçando estereótipos

e pressões sociais que desvalorizam o processo de envelhecer (Chrisler Barney & Palatino, 2016; Nunes & Falcão, 2023).

Entre os estereótipos mais comuns está a ideia de que mulheres mais velhas são vistas como mais calorosas, porém menos competentes em comparação com mulheres mais jovens, além de serem associadas a menor desejo e atratividade sexual. Ademais, há uma distinção nas percepções de homens e mulheres idosos: enquanto as mulheres são frequentemente descritas como mais carinhosas e sensíveis, os homens tendem a ser vistos como mais sábios e competentes (Chrisler Barney & Palatino, 2016; Heywood et al., 2019). Esses estereótipos influenciam diretamente o tratamento dispensado às mulheres idosas, reforçando percepções negativas sobre suas capacidades e valor social.

O idadismo impacta negativamente as pessoas idosas por diversos mecanismos, como a redução de vagas de emprego, o acesso limitado a serviços de saúde e a vulnerabilidade psicológica causada por estereótipos negativos sobre a velhice, afetando os processos cognitivos. Além disso, ele contribui para o aumento do isolamento social, limita o acesso a oportunidades de aprendizado ao longo da vida e reduz a autoestima. Embora a promoção do envelhecimento ativo seja importante, ela pode criar expectativas irreais que, em desacordo com a realidade de algumas pessoas idosas, também gera uma forma sutil de idadismo. Pesquisas demonstram que esses estereótipos afetam profundamente a saúde física e mental dos mais velhos, agravando problemas cognitivos, aumentando o risco de ansiedade, depressão e até comportamentos prejudiciais, como o uso inadequado de medicamentos e a menor busca por cuidados médicos, o que reduz a expectativa de vida (Levy et al., 2002; Heywood et al., 2019; Kang & Kim, 2022; Lyons et al., 2018).

A sociedade, de maneira geral, demonstra atitudes de intolerância e preconceito não apenas em relação ao envelhecimento, mas também àqueles que vivem com transtornos mentais. Essa discriminação se agrava ainda mais pela falta de foco das políticas públicas de saúde mental nas demandas específicas da população idosa. As políticas tendem a priorizar os problemas

da população adulta, deixando muitas vezes de lado as necessidades particulares das pessoas mais velhas (Falcão & Carvalho, 2009/2018).

Pessoas idosas que pertencem a grupos socialmente discriminados, como minorias raciais, de gênero ou culturais, enfrentam o fenômeno da “dupla desvantagem”, sendo estigmatizadas tanto pela idade quanto por sua condição social. Quando se trata de saúde mental, esses indivíduos podem vivenciar uma “dupla estigmatização”, resultante da soma de preconceitos em relação à velhice e à saúde mental. Além disso, há a “auto-dupla estigmatização”, que ocorre quando os próprios indivíduos internalizam esses estigmas, dificultando a busca por ajuda profissional e suas interações com os serviços de saúde (Bodner, Palgi & Wyman, 2018).

Ressalta-se ainda que os profissionais de saúde frequentemente subestimam os sintomas relatados por pessoas idosas devido a estereótipos idadistas, o que pode levar a diagnósticos tardios e subtratamento de condições graves como doenças cardíacas, Alzheimer, câncer e o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). A internalização de crenças negativas sobre a velhice pode reduzir a motivação para, por exemplo, a prática de exercícios físicos e consultas regulares, resultando em sedentarismo e piora das condições de saúde. Além disso, o idadismo contribui para problemas econômicos, como pobreza e insegurança financeira, ao restringir oportunidades e aumentar a exclusão e discriminação na velhice (OPAS, 2022).

É fundamental que psicólogas(os) se envolvam em processos de autorreflexão para identificar e desafiar seus próprios preconceitos e estereótipos sobre o envelhecimento. O idadismo na prática profissional pode se manifestar de diversas formas, refletindo visões distorcidas sobre a velhice. A falta de reconhecimento de que o envelhecimento é uma construção histórica e social pode resultar em abordagens que desconsideram as experiências e necessidades das pessoas idosas. Isso inclui atitudes como infantilizar o(a) idoso(a) ou assumir que perdas de memória, depressão e solidão são fenômenos naturais dessa fase da vida, negligenciando a

complexidade e diversidade do envelhecimento (CRP03/BA, 2021; Nunes & Falcão, 2023).

Pesquisas globais dos últimos 30 anos indicaram que muitos profissionais de saúde mental demonstram relutância em atender pessoas idosas, mantêm suposições negativas sobre a eficácia da psicoterapia nesta faixa etária e carecem de conhecimento especializado sobre essa população (Bodner, Palgi & Wyman, 2018; Garrison-Diehn, Rummel, Au, & 2022). O idadismo pode, também, se manifestar ao não acreditar na pessoa idosa sem a confirmação de terceiros, ou ao dar orientações apenas para familiares em vez de envolvê-la na conversa. Além disso, a atitude de não escutar genuinamente a pessoa idosa e presumi-la incapaz de mudanças, juntamente com a aceitação de intervenções não solicitadas ou inadequadas, é um reflexo direto desses preconceitos.

As crenças idadistas desses profissionais é uma barreira para o tratamento eficaz. Kessler e Bowen (2015) afirmaram que o idadismo impacta, inclusive, na escolha das intervenções, com os terapeutas sendo mais propensos a oferecer apoio e carinho às pessoas idosas do que tratamentos baseados em evidências. A benevolência expressa por esses profissionais, pode resultar na perda de informações clinicamente relevantes, pois a “individualidade” da pessoa idosa é frequentemente ignorada. Knight e Pachana (2015) observaram que essa percepção leva as(os) psicólogas(os) clínicas(os) a adotarem comportamentos pouco assertivos durante as sessões, tais como, a relutância em interromper o(a) idoso(a) quando necessário ou em manter o foco em temas terapêuticos, o que pode resultar em falhas no reconhecimento e diagnóstico de transtornos mentais.

Esses comportamentos incluem a crença de que a velhice está necessariamente associada a doenças e declínio, a comunicação paternalista e/ou infantilizada (ex.: senhorzinho, senhorinha, velhinho/a) e a prescrição de intervenções desconsiderando a individualidade de cada idoso(a). O idadismo também pode aparecer quando se impõem estereótipos sobre a sexualidade e as capacidades cognitivas dos mais velhos, ou ao não reconhecer e valorizar suas contribuições para a sociedade e suas próprias necessidades

e desejos. Em suma, o idadismo na prática profissional resulta em uma abordagem que ignora a heterogeneidade da velhice e trata os idosos de forma homogênea e estereotipada, limitando suas oportunidades e o potencial de intervenção significativa e respeitosa. Para uma melhor compreensão recomenda-se a leitura do relatório mundial sobre idadismo (OPAS, 2022) e da cartilha publicada pelo CRP03/BA (2021).

Combater o idadismo, portanto, é uma prioridade central tanto para a Psicologia quanto para políticas públicas voltadas para essa população. Pesquisas mostram que intervenções educativas voltadas para profissionais de saúde e o público em geral podem reduzir atitudes idadistas, promovendo uma maior valorização da capacidade das pessoas idosas em continuar contribuindo para a sociedade (North & Fiske, 2013).

A psicóloga social Sheri R. Levy (2018), propôs um modelo teórico integrativo de Educação Positiva sobre Envelhecimento e Experiências de Contato (Positive Education about Aging and Contact Experiences - PEACE) o qual se concentra em dois fatores principais interconectados que podem contribuir para a redução do idadismo:

1. Educação sobre o envelhecimento: o idadismo muitas vezes resulta da falta de conhecimento e desinformação sobre o envelhecimento. A educação formal sobre a meia-idade e a velhice é limitada em muitos países, e a mídia, frequentemente, retrata o envelhecimento como declínio físico e cognitivo. A educação comprovadamente reduz estereótipos negativos em relação às pessoas mais velhas.

Experiências positivas de contato intergeracional: o segundo componente do modelo foca em promover interações positivas entre jovens e idosos, já que a desinformação sobre o envelhecimento pode gerar expectativas negativas. O contato intergeracional infrequente ou negativo pode reforçar medos sobre o próprio envelhecimento e desestimular o interesse em áreas como geriatria, gerontologia e psicogerontologia. O modelo PEACE propõe cinco condições para o sucesso do contato

intergeracional: interações individuais; promover status igualitário durante essas interações; cooperação ou que atitudes e comportamentos abertamente agressivos e excludentes contra a

1. envolvam objetivos em comum; compartilhamento de informações pessoais e o apoio de figuras de autoridade.

Além disso, a promoção de narrativas que desafiam esses estereótipos, destacando a diversidade e a potencialidade do envelhecimento, é essencial para construir um ambiente mais inclusivo e respeitoso para as pessoas idosas. A atuação da(o) psicóloga(o) com a população idosa deve ser guiada por diretrizes que reconheçam e valorizem a heterogeneidade desse grupo.

### **Considerações iniciais sobre a violência contra a pessoa idosa**

No enlaço dos temas do idadismo e da interseccionalidade, os quais aprofundam a discussão sobre preconceitos e estereótipos em relação à velhice e seu cruzamento com os demais marcadores sociais, assim como suas possíveis consequências, seguem considerações iniciais sobre a violência contra a pessoa idosa, tema que seguirá sendo desenvolvido no eixo 3 deste documento. A seara da violência não pode ser ignorada pelas(os) profissionais de Psicologia, independente se trabalham diretamente no enfrentamento a ela ou não, uma vez que a violência é transversal às diferentes áreas e locais de atuação da profissão.

Minayo (2010) pontuou a importância de entender a violência não como um ato isolado, porém enquanto um processo sócio-histórico, gradual e complexo. É um processo mutante que difere em tempos históricos distintos, locais e circunstâncias. Há violências toleradas e há violências condenadas, segundo normas sociais mantidas por usos e costumes ou por aparatos legais da sociedade. Há também abusos visíveis aos olhos (as que deixam marcas concretas no corpo ou produzem mudanças detectáveis, como o empobrecimento) ou invisíveis, (as que deixam marcas subjetivas).

Para a OMS, a violência é entendida como:

“O uso intencional da força física ou do poder, real ou em ameaça, contra si próprio, contra outra pessoa, ou contra um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tenha grande possibilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico, deficiência de desenvolvimento ou privação” (OMS, 2002, p. 5).

A violência praticada contra as pessoas idosas é reconhecida internacionalmente como um problema de saúde pública, tendo se tornado tema chave dentro das orientações prioritárias do Plano Internacional do Envelhecimento da ONU de 2002 para a criação de ambientes propícios e favoráveis para a população idosa (Brasil, 2003). A partir do Plano, formalizou-se a necessidade de desenhar uma estratégia global para a prevenção dos maus-tratos contra as pessoas idosas, na qual foram definidas três grandes áreas: negligência (isolamento, abandono e exclusão social), violação de direitos (humanos, legais e médicos) e privação de direitos (tomada de decisões, situação social, gestão econômica e de respeito). A violência não se restringe às relações interpessoais; e nesse sentido, a exclusão social e a violação de direitos legais abrem mais possibilidades para a habitação de territórios interpessoais violentos.

O Relatório mundial de violência e saúde (OMS, 2002) constatou que o abuso contra pessoas idosas, geralmente se trata de um ato de acometimento ou omissão (negligência), que pode ser intencional como involuntário. O abuso pode ser de natureza física ou psicológica (agressão emocional ou verbal), ou pode envolver maus-tratos de ordem financeira ou material. O efeito dos abusos resulta sofrimento, lesão ou dor, perda ou violação de direitos humanos, assim como à redução da qualidade de vida.

A OMS (2002) também toma a definição dada pela instituição “Action on Elder Abuse” do Reino Unido, que estabelece que os maus tratos de pessoas idosas são atos simples ou repetidos, ou ausência de ação apropriada, que ocorre no contexto de qualquer relacionamento em que haja uma expectativa de confiança, causando danos ou tensão a uma pessoa idosa. Os abusos apresentam-se, em geral, nas seguintes categorias:

- Abuso físico (inflicção de dor ou lesão, coação física, domínio infringido pela força ou por drogas;

- Abuso psicológico ou emocional (exposição a situações de angústia);
- Abuso financeiro ou material - exploração ilegal ou imprópria, utilizando-se de fundos ou recursos do idoso;
- Abuso sexual - contato sexual não consensual, de qualquer tipo
- Negligência - recusa ou falha em desempenhar a obrigação de cuidar da pessoa idosa. A negligência pode ou não envolver uma tentativa consciente ou intencional de infligir sofrimento físico ou emocional.

Atuar no enfrentamento à violência contra a pessoa idosa é uma tarefa árdua e complexa, que envolve a necessidade do trabalho multi e interprofissional, assim como implicação ética. O eixo 3 desta Referência Técnica se debruçará em discutir a importância do trabalho voltado ao entendimento da multidimensionalidade da pessoa idosa (incluindo a dimensão da violência e nos diferentes formatos e contextos onde surge - violência intrafamiliar, institucional e estrutural), da atuação em rede, indicando instrumentos e abordagens que podem subsidiar o trabalho das(os) psicólogas e psicólogos nas diferentes áreas da Psicologia e na diversidade de serviços onde as(os) profissionais podem inserir-se.

A psicogerontologia, enquanto campo interdisciplinar, tem o desafio de avançar em práticas que reconheçam a diversidade e complexidade do envelhecimento. Para isso, é necessário integrar saberes teóricos, práticas clínicas e políticas públicas, promovendo um envelhecimento saudável e sustentável.

### **EIXO 3: ATUAÇÃO DA (O) PSICÓLOGA (O) NOS SERVIÇOS ESPECÍFICOS**

#### **Diretrizes balizadoras da atuação profissional das(os) psicólogas(os) junto às pessoas idosas nos programas das políticas públicas**

No Brasil, um país de dimensões continentais, há uma grande diversidade de realidades econômicas, sociais, culturais e de saúde entre as pessoas idosas. Da mesma forma, as(os) psicólogas(os) enfrentam diferentes condições profissionais e variações no acesso à informação necessária para exercer sua função com essa população, que, em geral, possui baixo poder aquisitivo e limitado conhecimento sobre seus direitos e os recursos disponíveis na Psicologia. Nesse contexto, o campo da Psicologia do envelhecimento se consolidará gradualmente por meio de um diálogo contínuo entre a Psicologia como ciência e profissão, os profissionais que atuam com pessoas idosas, a própria população idosa e as instituições sociais (Neri, 2006).

As(os) psicólogas(os) irão trabalhar dentro de sua área de competência, estando ciente de que é preciso reconhecer que existem situações específicas da vida tardia que exigem habilidades e conhecimentos especializados (APA, 2024). Por exemplo, a compreensão dos processos biopsicossociais do envelhecimento. A título de ilustração, questões únicas e complexas enfrentadas por pessoas idosas, como ajustamento à aposentadoria, transtornos do sono, demência e solidão podem ser mais prevalentes ou manifestar-se de maneira diferente em comparação com adultos mais jovens. Também, os sintomas psiquiátricos podem mudar com a idade ou se complicar devido a fatores como comprometimento cognitivo, comorbidades médicas, dor crônica, polifarmácia e questões de fim de vida.

O compromisso contínuo da Psicologia e da sociedade é essencial para enfrentar os desafios do envelhecimento, assegurando que os direitos e a dignidade das pessoas idosas sejam respeitados e preservados, e que ações preventivas sejam integradas ao cuidado. Dessa forma, a heterogeneidade dessa população exige uma prática profissional

interseccional, interdisciplinar, interprofissional e intersetorial, pautada numa abordagem multidimensional da pessoa idosa e que busque a promoção da saúde e do bem-estar no envelhecimento.

### **Multidimensionalidade da pessoa idosa**

A(o) psicóloga(o) deve estar atenta(o) às particularidades de cada pessoa idosa, adotando uma abordagem personalizada que reconheça a diversidade dessa população, evitando generalizações. O idoso típico é um mito. Existe muita variedade tanto interindividual, considerando aspectos individuais, micro e macrossociais numa perspectiva interseccional, quanto intraindividual, já que os diversos domínios da saúde física e cognitiva não são afetados da mesma forma com o envelhecimento (Rabelo & Ferreira, 2022). Considera-se também a plasticidade na velhice, o que abre espaço para as intervenções que promovam saúde de modo integral, para além de uma perspectiva de manejo de perdas.

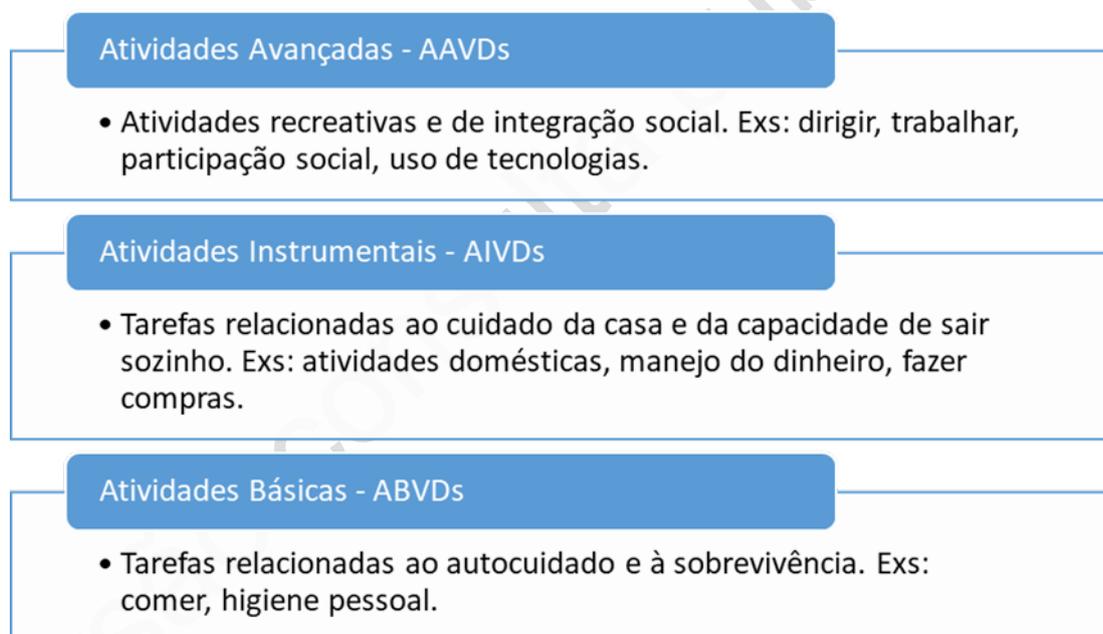
É essencial realizar uma avaliação multidimensional das pessoas idosas, conduzida por uma equipe multi ou, idealmente, interprofissional. Destaca-se a importância das(os) psicóloga(os) se familiarizarem com teorias, pesquisas e práticas, métodos de avaliação voltados para pessoas idosas com instrumentos de avaliação culturalmente e psicometricamente adequados para essa população (APA, 2024). As avaliações podem variar desde triagens rápidas até avaliações neuropsicológicas, diferenciando causas de problemas cognitivos, como processos neurodegenerativos, condições psiquiátricas ou médicas. Elas podem envolver entrevistas clínicas, testes cognitivos, observação comportamental, técnicas psicofisiológicas, neuroimagem e informações de familiares. Dada a complexidade dessas avaliações, deve-se levar em consideração fatores como idade, cultura, raça/cor, etnia, gênero e uso de medicamentos que podem afetar a cognição e o humor. O Quadro 1 sintetiza instrumentos amplamente reconhecidos e validados para a população idosa brasileira, a serem utilizados de acordo com os contextos e necessidades profissionais.

**Quadro 1: Instrumentos para avaliação multidimensional da pessoa idosa**

<b>Domínio</b>	<b>Componentes</b>	<b>Exemplos de Instrumentos de Avaliação</b>
Capacidade Funcional	Atividades Básicas  Atividades Instrumentais  Vulnerabilidade funcional	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Índice de Katz</li> <li>• Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD- Lawton e Brody)</li> <li>• Instrumento de Identificação do Idoso Vulnerável (VES-13)</li> <li>• Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20)</li> </ul>
Status Cognitivo Geral	Rastreio    Avaliação inicial por autorrelato	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mini-exame do Estado Mental (MEEM)</li> <li>• Montreal Cognitive Assessment (Moca)</li> <li>• Bateria breve de rastreio cognitivo (BBRC)</li> <li>• Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly - versão brasileira (IQCODE-BR)</li> <li>• Questionário de atividades funcionais de <i>Pfeffer</i></li> </ul>
Redes sociais de apoio	Redes sociais   Apoio social  Solidão	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mapa Mínimo de Relações da Pessoa Idosa</li> <li>• Diagrama de Escolta</li> <li>• Medical Outcomes Study - Social Support Scale</li> <li>• Emotional Loneliness Scale for Adults (SELSA)</li> <li>• Escala de Solidão da UCLA - Versão 3</li> </ul>
Relações familiares	Funcionalidade familiar  Avaliação da(o) cuidadora(or)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• APGAR familiar</li> <li>• Sobrecarga do cuidador (Escala de Zarit)</li> <li>• Questionário de culpa do cuidador (Caregiver Guilt Questionnaire - CGQ)</li> </ul>
Humor	Sintomas depressivos    Sintomas de ansiedade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escala de Depressão Geriátrica (GDS-15)</li> <li>• Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)</li> <li>• Escala Baptista de Depressão - Versão Idosos (EBADEP-ID)</li> <li>• Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D)</li> <li>• Escala de Ansiedade Geriátrica (GAI)</li> <li>• Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21) - Short Form</li> </ul>
Violência		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cartilhas e outros links de interesse:</li> <li>• <a href="#">Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa RENADI</a></li> <li>• <a href="#">Ficha de notificação de violência para profissionais de saúde (SINAN - MS, 2015)</a></li> <li>• <a href="#">Viva: instrutivo de preenchimento para notificação de violência interpessoal e autoprovocada.</a></li> </ul>

O conceito de saúde na população idosa está intimamente relacionado à funcionalidade global da pessoa idosa. A **capacidade funcional** é determinada pelo desempenho do indivíduo nas atividades mínimas necessárias para a gestão da própria vida e o cuidado de si (Figura 1). De modo geral, os sistemas funcionais englobam a cognição, o humor, a mobilidade e a comunicação, que são requeridos para que a pessoa consiga desempenhar suas atividades diárias (Moraes, 2012). São resultantes da interação dinâmica entre condições de saúde e fatores de contexto.

Figura 1. Atividades de vida diária



A **avaliação da capacidade funcional**, levando em conta o equilíbrio entre as habilidades individuais e as exigências do ambiente, é essencial para uma prática profissional eficaz (APA, 2024). Do ponto de vista clínico, a capacidade funcional é assumida como uma questão central e seu monitoramento constitui um indicador estratégico. A capacidade funcional está presente na PNSPI e nas Diretrizes para o Cuidado das Pessoas idosas no SUS, no qual a atenção integral e integrada à saúde da pessoa idosa está organizada pela Atenção Primária à Saúde (APS). A capacidade funcional também é um componente-chave na política de saúde de Envelhecimento

Ativo da Organização Mundial de Saúde (OMS, 2005) e nas ações definidas na Década do Envelhecimento Saudável (2021-2030), cuja agenda nas Américas está sendo liderada pela OPAS.

A capacidade funcional é central porque está associada às situações de dependência e de autonomia e com a qualidade de vida global na velhice. Autonomia é a capacidade de autogovernar-se, decidir e gerir a própria vida, ou seja, ter poder de decisão, estabelecer e seguir as próprias regras. Já independência é a capacidade funcional que se revela na realização de atividades instrumentais da vida diária e do autocuidado. É a capacidade de realizar algo com seus próprios meios.

Fatores como estilo de vida, ambiente e contexto socioeconômico tendem a influenciar o desempenho nas atividades diárias mais do que a idade em si. A incapacidade funcional é mais frequente nas mulheres, nos mais longevos, nos mais pobres e no norte e nordeste do país (Parahyba & Simões, 2006), que em geral, são as populações mais vulnerabilizadas. Está associada a um pior status cognitivo (Pereira et al, 2020), à pior saúde mental (Gonçalves, 2021), à autopercepção negativa de saúde, a doenças crônicas e a baixa escolaridade (Alves, Leite & Machado, 2010). Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (PNS - 2013) quadros de dificuldade funcional estão relacionados a aspectos físicos, fatores intrínsecos, relações sociais, alfabetização e uso de serviços de saúde (Zanesco, Bordin, Santos & Fadel, 2020).

Por isso, conhecer e saber avaliar o desempenho da pessoa idosa em atividades de vida diária faz parte da prática profissional da(o) psicóloga(o). É importante saber que está presente nas avaliações multiprofissionais realizadas no contexto do SUS, nos protocolos de avaliação neuropsicológica, informam sobre a sociabilidade e os níveis de participação social da pessoa idosa e as demandas familiares. A dependência funcional tem impacto psicossocial, é considerada uma das principais situações de risco para a violência contra pessoas idosas e importa saber o papel do ambiente (família, instituições e serviços sociais e de saúde) como reforçador de comportamentos dependentes na velhice (Brasil, 2014).

No contexto da funcionalidade da pessoa idosa, um dos maiores desafios é a Fragilidade, uma síndrome geriátrica complexa e multifatorial que aumenta o risco de desfechos adversos e reduz a autonomia (Ferriolli et al., 2022). A Rede de Pesquisa sobre Estudos da Fragilidade em Idosos Brasileiros (FIBRA) identificou 9,1% de frágeis e esta condição estava associada a maior risco de alterações cognitivas; e mais de 50% de pré-frágeis, isto é, pessoas que apresentavam sinais de fragilidade e que poderiam ser beneficiadas com intervenções preventivas (Neri, 2013). Ainda, existe uma relação recíproca entre os sintomas depressivos e a fragilidade, influenciando negativamente na condição clínica (Lenardt et al., 2021). Pessoas idosas com menor escolaridade e renda, com idade mais avançada, com comorbidades, com dependência funcional e as mulheres são os grupos que apresentam maior prevalência de fragilidade (Neri, 2013; Ferriolli et al., 2022).

Decisões sobre autonomia, cuidados de saúde e qualidade de vida também estão relacionadas ao nível de funcionamento cognitivo. Este termo refere-se ao desempenho dos processos cognitivos — como atenção, memória, linguagem, raciocínio e funções executivas — que permitem, por exemplo, planejar tarefas, lembrar compromissos, manter uma conversa e exercer as atividades da vida diária com autonomia. Na senescência, podem ocorrer mudanças graduais nesses processos, como maior tempo para recuperar informações ou alternar a atenção, sem prejuízo funcional relevante (Moraes & Moraes, 2019). Já alterações mais acentuadas, com impacto na independência, são características da senilidade e podem indicar condições clínicas que requerem avaliação especializada. Distinguir entre essas formas de envelhecimento é fundamental para orientar o cuidado e combater concepções equivocadas que associam a velhice a um declínio cognitivo inevitável.

O quadro a seguir apresenta uma síntese dos principais domínios cognitivos envolvidos no envelhecimento normal. Para cada domínio, são descritos o desempenho esperado, as mudanças potenciais e as referências científicas que embasam os achados apresentados. Esse panorama permite compreender como o envelhecimento impacta as funções cognitivas e oferece

subsídios para o desenvolvimento de políticas públicas, estratégias de intervenção e promoção de saúde cognitiva.

**Quadro 2.** Principais domínios cognitivos e envelhecimento normal

<b>Domínio cognitivo</b>	<b>Desempenho esperado no envelhecimento normal</b>	<b>Mudanças potenciais</b>	<b>Referências</b>
<b>Memória Episódica</b>	Declínio moderado, especialmente para novas informações. Fatos antigos tendem a se manter mais preservados.	Dificuldade em recordar eventos recentes e detalhes específicos.	Nyberg e Bäckman (2011); Salthouse (2019)
<b>Memória de Trabalho</b>	Redução na capacidade de manipular informações simultâneas.	Mais tempo para processar múltiplas informações e realizar tarefas complexas.	Bopp e Verhaeghen (2019); Baddeley (2012)
<b>Funções Executivas</b>	Declínio leve em planejamento, flexibilidade cognitiva e multitarefa.	Maior dificuldade para alternar entre tarefas e tomar decisões rápidas.	Diamond (2013)
<b>Atenção</b>	Atenção sustentada preservada; declínio em atenção dividida e seletiva.	Redução da capacidade de focar em estímulos relevantes em ambientes distraídos.	Verhaeghen e Cerella (2002)
<b>Velocidade de Processamento</b>	Diminuição gradual ao longo do envelhecimento.	Tarefas cognitivas simples e complexas se tornam mais lentas.	Salthouse (2019); Birren e Fisher (1995)
<b>Memória Semântica</b>	Preservação significativa, podendo até expandir com a experiência.	Vocabulário e conhecimentos gerais mantêm-se	Verhaeghen (2011); Park e

		estáveis ou até melhoram.	Reuter-Lorenz (2009)
<b>Percepção Visual e Espacial</b>	Leve declínio em tarefas complexas (orientação espacial, reconhecimento de faces).	Dificuldade para identificar objetos em ambientes complexos.	Pearson e Kosslyn, (2015)
<b>Linguagem</b>	Habilidade preservada em compreensão e produção; declínio leve em fluência verbal.	Leve dificuldade em encontrar palavras (fenômeno da 'ponta da língua').	Burke e Shafto (2008); Wingfield e Grossman (2006)

Os Transtornos **neurocognitivos** na velhice têm um impacto significativo na vida de pessoas idosas e suas famílias. A demência é uma das principais doenças que acomete as pessoas idosas, sendo a doença de Alzheimer a causa mais comum. Trata-se de uma afecção crônica e neurodegenerativa que causa a perda progressiva de memória, comprometimento das funções motoras, limitações na linguagem e mudanças de comportamento (Alzheimer's Association, 2024). A(o) psicóloga(o) que trabalha com pessoas idosas deve estar familiarizada/o com os critérios diagnósticos clínicos para os vários tipos de demência e como as mudanças na cognição afetam a vida e o funcionamento da pessoa idosa. Além disso, deve ser capaz de realizar o rastreio cognitivo e estar ciente dos pontos fortes e das limitações dos testes de triagem cognitiva (Falcão et al., 2023).

Os transtornos mentais na velhice frequentemente coexistem com comorbidades médicas, limitações funcionais e estressores específicos dessa etapa da vida, o que contribui para o subdiagnóstico e o subtratamento. A depressão, o transtorno de ansiedade generalizada e as fobias específicas estão entre os transtornos de saúde mental mais comuns na velhice. As fobias específicas representam cerca de 40% dos transtornos de ansiedade em pacientes com essa faixa etária, sendo a mais comum o medo de cair. Já a fobia social está associada ao declínio de funcionamento sensorial (audição, visão), vergonha em relação à própria aparência ou funcionamento devido a

condições médicas, incontinência urinária é a mais comum ou prejuízo cognitivo (Barcelos-Ferreira, 2022).

No Brasil, 13,2% da população com idade entre 60 e 64 anos já foi diagnosticada com depressão (IBGE, 2019). Os fatores de risco para depressão em idoso(a)s incluem ser mulher, viver sozinho(a), ter baixo nível socioeconômico, consumir álcool em excesso, sofrer de doenças crônicas e possuir histórico pessoal ou familiar de depressão. Além disso, o luto, o comprometimento cognitivo e a perda de mobilidade funcional estão fortemente associados ao desenvolvimento dessa condição. Por outro lado, são fatores protetores o apoio social, envolvimento em atividades sociais, prática regular de exercícios físicos e participação em atividades religiosas saudáveis (Barcelos-Ferreira, 2022).

Os transtornos relacionados ao uso de álcool e substâncias (ex.: cannabis) têm se tornado mais prevalentes entre idoso(a)s. Outros transtornos, como os neurocognitivos, de acumulação e do sono, são mais comuns e frequentemente mais graves nessa faixa etária em comparação com adultos mais jovens (Jacobs & Bamonti, 2022). Embora a ideação suicida diminua com a idade, a intenção e a letalidade dos métodos aumentam, e o(a)s idoso(a)s exibem menos sinais de alerta ou estes não são identificados por outros (Falcão & Gutierrez, 2016). No Brasil, as taxas de suicídio mais elevadas concentram-se na população acima de 80 anos e entre 70 e 79 anos, sendo o enforcamento o meio mais utilizado (Santos et al., 2021).

Os fatores de risco mais comuns para o suicídio em pessoas idosas são: morte de uma pessoa querida, comumente o cônjuge; isolamento social; situações de dependência mental ou física diante das quais o idoso se sente humilhado; dor crônica; doença terminal com dores incontroláveis; medo do prolongamento da vida sem dignidade, desencadeando prejuízos emocionais e econômicos aos familiares e mudanças nos papéis sociais que lhes conferiam reconhecimento. Além disso, interações medicamentosas contraindicadas podem elevar o risco de óbito por overdose e suicídio (Minayo & Cavalcante, 2010).

Apesar dos avanços nas políticas públicas e iniciativas de prevenção ao suicídio, ainda há deficiências na implementação e monitoramento eficaz dos protocolos e um tabu entre os próprios profissionais para falar sobre essa temática com os pacientes e seus familiares. É essencial intensificar programas de atenção às pessoas idosas e suas famílias, capacitar as(os) psicólogas(os) em todos os níveis de atendimento e desmistificar o suicídio entre aqueles que convivem com idoso(a)s. Além disso, é vital implementar políticas públicas que garantam acesso a serviços de saúde mental de qualidade, desmistificando temas como o suicídio e promovendo a saúde mental na velhice (Falcão & Gutierrez, 2016).

As redes sociais de apoio são fundamentais para a saúde mental e o bem-estar na velhice. Podem ser caracterizadas como o conjunto de vínculos interpessoais que sustentam a troca de recursos emocionais, instrumentais, informacionais e afetivos ao longo do tempo. Esses vínculos se organizam em redes formais — compostas por instituições, serviços de saúde e políticas públicas — e informais, como familiares, vizinhos, amigos e membros de grupos comunitários ou religiosos (Domingues & Duarte, 2020). No envelhecimento, tais redes são fundamentais para a manutenção da autonomia, a prevenção de agravos à saúde e o suporte cotidiano. O apoio social, como dimensão funcional dessas redes, pode ser classificado em apoio emocional (acolhimento, escuta, empatia), instrumental (ajuda prática) e informacional (orientações e conselhos). Evidências indicam que a qualidade percebida dessas interações exerce maior influência sobre os indicadores de saúde física e mental do que o número de relações mantidas (Reis et al., 2019).

A experiência do envelhecimento impacta as relações conjugais e familiares, exigindo uma visão sistêmica que leve em consideração tanto os fatores individuais quanto os coletivos (Falcão, 2016). À medida que a família enfrenta os desafios trazidos pela velhice, especialmente em casos de doenças como a demência (Falcão et al., 2024), a resposta a essa fase da vida tende a ser moldada pelos vínculos e padrões familiares desenvolvidos ao longo do tempo. Esses padrões, que foram estabelecidos para manter a estabilidade, podem não ser mais funcionais diante das mudanças impostas

pelo ciclo de vida (Walsh, 1995). Portanto, a adaptação da família às novas demandas e perdas dependerá da capacidade de flexibilidade e da habilidade em ajustar-se às novas realidades.

No contexto conjugal, o envelhecimento traz consigo transformações importantes. Casais que, ao longo dos anos, negligenciaram a relação podem enfrentar dificuldades de adaptação, especialmente quando a função parental perde centralidade. Em contraste, casais que investiram no apoio mútuo ao longo da vida podem redescobrir a satisfação na convivência durante a velhice. Nessa fase, o tempo passado juntos aumenta, ao mesmo tempo que questões relacionadas à saúde e à aposentadoria ganham destaque, provocando uma reavaliação das perdas e ganhos. Essa reflexão permite, muitas vezes, redirecionamentos futuros e novas escolhas na vida a dois (Falcão, 2016).

Além disso, o fenômeno conhecido como “divórcio grisalho” — o aumento de separações entre casais com mais de 50 anos — revela uma tendência em que muitos buscam maior realização pessoal, mesmo na velhice. A separação, contudo, traz questões emocionais, como a readaptação à vida sem o cônjuge e o impacto nos filhos adultos. Nesse sentido, psicólogas(os) têm um papel fundamental em apoiar esses indivíduos no processo de reconstrução de suas identidades e na ressignificação de suas relações.

A questão da morte e do **luto** também é central no ciclo de vida familiar, especialmente na velhice. A perda de um cônjuge, irmão ou amigo pode ser extremamente dolorosa para as pessoas idosas, que frequentemente enfrentam a solidão e o enfraquecimento de suas redes de apoio. O trabalho psicológico pode ajudar tanto essas pessoas a se prepararem para o fim da vida quanto seus familiares a processarem a perda, integrando o luto às suas vidas.

Por sua vez, as relações entre pais idosos e filhos(as) adultos(as) também sofrem transformações significativas com o envelhecimento. À medida que os pais envelhecem, frequentemente há uma inversão de papéis, com os filhos assumindo funções de cuidado e apoio. Esse novo arranjo,

porém, pode gerar tensões emocionais, dilemas sobre tomada de decisões e, em alguns casos, desgaste físico e psicológico dos cuidadores. A psicogerontologia oferece suporte essencial ao compreender as nuances dessas dinâmicas e auxiliar tanto pais quanto filhos na adaptação às novas exigências familiares.

A convivência intergeracional, envolvendo avós, pais, netos e bisnetos, acrescenta outra camada à complexidade das relações familiares na velhice. A interação entre as gerações pode ser extremamente benéfica, promovendo uma sensação de continuidade e pertencimento. No entanto, também é comum que surjam conflitos de expectativas e diferentes visões sobre os papéis familiares, exigindo, muitas vezes, intervenções para favorecer a saúde mental e o bem-estar dos membros familiares (Falcão & Bucher-Maluschke, 2022).

Nesse contexto, é importante destacar o papel dos **cuidadores informais** – geralmente familiares como filhos, netos, cônjuges, irmãos ou amigos próximos da pessoa cuidada – com especial predominância para figuras femininas, como a filha, a esposa ou a nora. Essas cuidadoras assumem um papel central no cuidado de pessoas com doença de *Alzheimer* que permanecem no ambiente domiciliar, proporcionando suporte físico, emocional e social indispensável para a qualidade de vida desses indivíduos (Falcão & Bucher-Maluschke, 2009; Falcão et al., 2024).

Pesquisas detectaram que os cuidadores de idoso(a)s com demência vivenciam mais estresse, depressão e, em geral, piores resultados de saúde do que seus pares não-cuidadores (Laks et al., 2016). Entre as várias fontes desse sofrimento estão os conflitos envolvendo o gerenciamento de recursos financeiros, a inversão hierárquica de papéis, a falta de comunicação e a baixa coesão entre os membros da família (Falcão & Bucher-Maluschke, 2010; Falcão, Teodoro & Bucher-Maluschke, 2016).

**A violência contra a pessoa idosa** se manifesta de diferentes formas na sociedade, em suas estruturas e instituições, inclusive na instituição familiar. Os idosos e idosas que mais sofrem violência são os mais dependentes física, mental e economicamente (Minayo & Almeida, 2016). A

violência contra a pessoa idosa no ambiente familiar é uma questão de saúde pública e uma realidade que não pode ser ignorada. Muitas vezes, esse tipo de violência — que pode ser física, psicológica, financeira ou por negligência — está relacionado ao estresse e à sobrecarga emocional dos cuidadores. A falta de preparo para lidar com as demandas do envelhecimento intensifica essa dinâmica. A psicogerontologia tem um papel vital na identificação precoce desses casos e na formulação de estratégias de intervenção que protejam as pessoas idosas, ao mesmo tempo que oferecem suporte adequado aos cuidadores.

Estudos nacionais e internacionais apontaram que o ambiente doméstico é o cenário onde ocorrem a maioria das agressões, sendo os filhos quem mais agredem, em proporção de cerca de dois terços. Mesmo que diferentes autores apontem para diferentes proporções, todos destacam a maior fragilidade das mulheres frente aos maus tratos, principalmente no ambiente doméstico e entre as de idade mais avançada e as mais fragilizadas em sua capacidade funcional. Já no contexto comunitário, há estudos que demonstram que os homens são os mais acometidos (Minayo, 2019; Minayo & Almeida, 2016, ONU 2002).

**A violência intrafamiliar** contabiliza a maior parte das violências, especialmente contra as mulheres idosas, embora a maioria não seja denunciada. Sentimento de culpa e vergonha, medo de retaliação ou represália fazem parte das atitudes das idosas e idosos frente a seus agressores. Muitos preferem conviver com maus-tratos a abrir mão de um relacionamento afetivo de toda a vida. Em geral, o perfil típico do abusador familiar é: filhos mais que filhas, noras, genros e cônjuges; e os motivos dos maus tratos são choque de gerações, aglomeração nas residências, falta de disponibilidade de tempo e vontade para cuidar dos idosos, filhos dependentes financeiramente dos pais de idade avançada, idosos e idosas dependentes dos filhos para a sobrevivência, abuso de álcool e drogas por parte dos familiares, ambiente de vínculos afetivos frouxos na família; isolamento social dos familiares e da pessoa idosa, agressividade do idoso e da idosa com os familiares, e história de violência na família (Minayo & Almeida, 2016).

No que se refere à vulnerabilidade que a população idosa se encontra na atualidade frente à violência financeira (cada vez mais detectada), Camarano (2020) destacou a importância da contribuição financeira das idosas e idosos na renda das famílias brasileiras. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNADC) de 2020 identificou que em 2019, dos 72,6 milhões de domicílios brasileiros, 35% tinham pelo menos um idoso residindo. Nestes domicílios moravam 65,3 milhões de pessoas, sendo 30,9 milhões eram não idosas (47%). Dentre estes, 54% não trabalhavam. Nesse contexto, as pessoas idosas contribuíam com 70,6% da renda destes domicílios, sendo que 62,5% de sua renda vinha de aposentadorias ou pensões e outros 28,5% da renda de seu trabalho. A autora pontuou que a realidade do “ninho vazio” (quando os filhos saem de casa) não é mais tão predominante. Além disso, verifica-se um novo cenário, o da geração “nem nem” (pessoas que não estudam nem trabalham) e que se antes este era observado na população mais jovem (15 a 29 anos), recentemente pode ser verificado entre as idades de 50 a 59.

Em termos de políticas públicas, o Brasil conta com legislações como o Estatuto da Pessoa Idosa, que visa garantir a proteção e os direitos das pessoas com 60 anos ou mais, inclusive no contexto familiar. No entanto, a implementação efetiva dessas políticas ainda enfrenta muitos desafios, especialmente no que se refere à violência e ao apoio aos cuidadores familiares. Fortalecer redes de apoio formal, como as ILPIs, serviços de convivência do SUAS e do SUS é fundamental para aliviar a sobrecarga familiar e garantir o bem-estar da população idosa.

As políticas públicas de saúde e assistência social precisam considerar o papel central das relações familiares e conjugais no envelhecimento. Programas que oferecem suporte aos cuidadores e intervenções voltadas à família, além de fortalecerem a rede de proteção às pessoas idosas, podem melhorar significativamente a qualidade de vida na velhice. Pesquisas como as de Heywood e colaboradores (2019) destacaram a importância do suporte social na promoção da saúde mental do(a)s idoso(a)s. A atuação conjunta de psicólogas(os) e outros profissionais de saúde em equipes interdisciplinares pode garantir que as intervenções sejam eficazes e abrangentes, abordando

tanto as necessidades dos idosos quanto às dinâmicas familiares em que estão inseridos.

Pessoas idosas estão expostas a vários tipos de violência, abrangendo diferentes dimensões da vida em sociedade. A violência estrutural fundamenta-se na organização da sociedade e da cultura. No caso da pessoa idosa, são relevantes as representações do velho como uma pessoa inútil e descartável, conforme aprofundado no eixo I desta Referência Técnica. Entram em jogo aspectos como a naturalização da pobreza, os processos de dominação relativos à desigualdade social, à miséria, às diferenças de gênero e às discriminações. Embora o Brasil tenha reduzido os índices de pobreza na população, a maioria da população idosa brasileira é pobre. Segundo o Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros (Penido, 2018), 75,3% da população idosa do país depende exclusivamente do SUS. As pessoas acima de 60 anos no limite da pobreza têm muito menos possibilidade de escapar desta situação que qualquer outra faixa etária, pois além da dificuldade de acesso ao trabalho, a pobreza tende a aumentar a dependência. Sendo assim, a relação entre dependência, pobreza e velhice adquire maior importância nesta altura da vida.

Nesse sentido é que as condições de vida devem ser consideradas violentas quando elas se constituem como fator de risco, assim como a aglomeração e a falta de privacidade vivenciadas em famílias intergeracionais de baixa renda constituem risco para a violência. Pesquisas gerontológicas (Lima-Costa et al., 2011; 2012 apud Minayo & Almeida 2016) mostram que em idade avançada, as mulheres estão muito mais expostas à pobreza, à solidão e à viuvez, têm mais problemas de saúde e menos oportunidades de contar com um companheiro. O trabalho feminino ocorreu, em grande parte, no âmbito doméstico e no cuidado de familiares, além de que as que acessaram o mercado formal, tiveram salários menores ao longo da vida.

Embora o arcabouço legal brasileiro seja reconhecido como um dos mais completos do mundo, o nível de prestação de serviços oferecido por instituições de saúde, assistência social e previdência social figura entre os principais motivos de reclamação nos órgãos de proteção, como a Defensoria Pública, o Ministério Público e as Delegacias Especializadas de Proteção ao

Idoso. Esse cenário reflete uma forma específica de violência conhecida como **violência institucional**.

Quando ouvidas, as pessoas idosas relatam experiências marcadas pela falta de consideração, pelo excesso de burocracia e por atendimentos impessoais, os quais geram imenso sofrimento e inúmeros transtornos para aqueles que não possuem condições de optar por serviços privados ou alternativos (Wanderbroocke, 2012 apud Minayo & Almeida, 2016). No âmbito da saúde pública, as insatisfações são expressivas, agravadas pelos altos custos dos planos de saúde, prática que fere explicitamente os direitos garantidos pelo **Estatuto da Pessoa Idosa**.

Minayo e Almeida (2016) também indicaram que, no contexto da Política Nacional de Assistência Social (PNAS), os **Centros de Referência da Assistência Social - CRAS** e os **Centros de Referência Especializados de Assistência Social - CREAS**, na prática, não conseguem atender plenamente as demandas das pessoas idosas em situação de dependência. Isso ocorre devido à complexidade e especificidade das necessidades desse grupo, que muitas vezes excedem a capacidade de suporte dos serviços oferecidos.

Além disso, a violência econômica e financeira contra pessoas idosas manifesta-se de diversas formas, frequentemente combinada com discriminação e maus-tratos. Empresas como bancos, lojas e planos de saúde aplicam aumentos abusivos e, muitas vezes, recusam-se a cobrir serviços essenciais à saúde dessas pessoas. A esse quadro, somam-se práticas fraudulentas envolvendo crédito consignado, muitas vezes articuladas em conluio com parentes.

As pessoas idosas também são alvos de roubos e furtos em agências bancárias, caixas eletrônicos, lojas, ruas, travessias e transportes públicos. Relatos nas Delegacias de Proteção ao Idoso revelam que os crimes mais frequentes envolvem o roubo de cartões, cheques, dinheiro e objetos de valor, praticados de forma violenta ou sorrateira, ampliando ainda mais a vulnerabilidade deste grupo populacional.

É essencial que as(os) psicólogas(os) tenham conhecimento dos procedimentos básicos estabelecidos pelo Estatuto da Pessoa Idosa para dar encaminhamento a situações de violência com as quais a(o) profissional tenha contato. Segue o disposto no artigo 19º da Lei Federal:

“Os casos de suspeita ou confirmação de violência praticada contra pessoas idosas serão objeto de notificação compulsória pelos serviços de saúde públicos e privados à autoridade sanitária, bem como serão obrigatoriamente comunicados por eles a quaisquer dos seguintes órgãos:

I – Autoridade policial;

II – Ministério Público;

III – Conselho Municipal da Pessoa Idosa;

IV – Conselho Estadual da Pessoa Idosa;

V – Conselho Nacional da Pessoa Idosa.

**§ 1º** Para os efeitos desta Lei, considera-se violência contra a pessoa idosa qualquer ação ou omissão praticada em local público ou privado que lhe cause morte, dano ou sofrimento físico ou psicológico.

**§ 2º** Aplica-se, no que couber, à notificação compulsória prevista no caput deste artigo, o disposto na Lei no 6.259, de 30 de outubro de 1975. (Incluído pela Lei nº 12.461, de 2011)”

A relevância da notificação compulsória vai além da iniciação de procedimentos investigatórios, uma vez que os dados proporcionados pelo ato da notificação tornam possível o mapeamento de um perfil epidemiológico que servirá de base para a construção de políticas públicas de combate à violência. Frente a isso, Minayo & Almeida (2016) destacaram que não é por outro motivo que o § 2º do art. 19 do Estatuto faz referência à Lei no 6.259/1975, que dispõe justamente sobre normas de vigilância epidemiológica.

Ainda sobre a importância da notificação compulsória, ao tratar-se de crime, a autoridade policial deverá ser comunicada, podendo-se na mesma situação optar-se pelo Ministério Público. Caso seja vislumbrada a adoção de medida específica de proteção, a comunicação deverá ser feita necessariamente ao Ministério Público. Por fim, se o caso relatado se sugerir a possibilidade de irregularidade em instituição ou a ineficácia ou a omissão na execução de política pública, os conselhos de direitos deverão ser instados (Minayo & Almeida, 2016).

As autoras pontuaram ainda que, embora o Ministério Público seja o órgão que congrega, mesmo que sem exclusividade, atribuições em todas as possibilidades de medidas de proteção, sejam criminais, cíveis ou administrativas (conforme disposto no art. 74 do estatuto), quanto maior o rol de entidades com poder de fiscalização, maior a efetividade do controle sobre o cumprimento e a aplicação dos direitos corporificados na legislação de proteção da população idosa.

Por último, cabe o destaque sobre o estabelecido no art. 57 do Estatuto da Pessoa Idosa, que prevê como infração administrativa: deixarem os profissionais de saúde ou responsáveis por estabelecimento de saúde ou ILPIs de comunicar à autoridade competente os casos de crimes contra idoso aos quais tiverem conhecimento (Minayo & Almeida, 2016).

**O Disque Direitos Humanos - Disque 100<sup>5</sup>** é um serviço do Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, conforme estabelecido no Decreto Nº 10.174, de 13 de dezembro de 2019, destinado a receber demandas relativas a violações de Direitos Humanos, principalmente as que atingem populações em situação de vulnerabilidade social (Crianças e adolescentes; pessoas idosas; pessoas com deficiência; pessoas em restrição de liberdade; população LGBTQIA+; população em situação de rua; discriminação étnica ou racial; violência contra ciganos, quilombolas, indígenas e outras comunidades tradicionais; violência contra comunicadores e jornalistas; violência contra migrantes e refugiados; pessoas com doenças raras).

O serviço também tem a função de disseminar informações e orientações acerca de ações, programas, campanhas, direitos e de serviços de atendimento, proteção, defesa e responsabilização em Direitos Humanos disponíveis no âmbito Federal, Estadual e Municipal e do Distrito Federal. Pode ser considerado como “pronto socorro” dos direitos humanos e atende graves situações de violações que acabaram de ocorrer ou que ainda estão em curso, acionando os órgãos competentes e possibilitando o flagrante.

---

<sup>5</sup> [Serviços e Informações do Brasil: Denunciar violação de direitos humanos \(Disque 100\)](#)

Qualquer pessoa pode utilizar o serviço para reportar fatos relacionados a violações de direitos humanos, da qual seja vítima ou tenha conhecimento. Este funciona diariamente, 24 horas, por dia, incluindo sábados, domingos e feriados. As ligações podem ser feitas de todo o Brasil por meio de discagem gratuita, de qualquer terminal telefônico fixo ou móvel, bastando discar 100. Ao receber as informações, o Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania recebe, analisa e encaminha aos órgãos locais de proteção e responsabilização as denúncias de violações de direitos. Importante ressaltar que o denunciante tem seu direito de anonimato assegurado, enquanto que os dados da vítima devem ser revelados para dar viabilidade aos encaminhamentos.

Cabe destacar que, constituindo-se este serviço em uma central de nível federal que encaminha junto às redes e órgãos locais os casos recebidos, os profissionais, principalmente os que trabalham nas políticas públicas, que decidem notificar ou denunciar um fato devem refletir qual canal de denúncia seria mais efetivo para cada caso. Ou seja, talvez uma notificação de violência junto às autoridades da localidade/região (autoridade policial, ministério público, conselhos de direito) evite o tempo que levaria a um órgão federal acionar a mesma rede de serviço.

### **Atuação em Psicogerontologia: abordagem interdisciplinar, interprofissional e intersetorial**

A complexidade do processo de envelhecimento exige uma atuação que transcenda práticas isoladas, envolvendo uma abordagem **interdisciplinar, interprofissional e intersetorial**. Essa perspectiva amplia a compreensão dos desafios enfrentados pela população idosa, integrando saberes diversos em prol de um cuidado mais efetivo e humanizado.

A interdisciplinaridade se refere à articulação entre diferentes campos do saber para criar soluções integradas e mais completas. No contexto do envelhecimento, isso significa reunir conhecimentos da **Psicologia, Gerontologia, Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Serviço Social, Nutrição**, entre outros, para construir um plano de cuidado centrado na pessoa idosa. Essa integração possibilita uma visão sistêmica,

que considera não apenas os aspectos biológicos, mas também os psicológicos, sociais e ambientais que influenciam o envelhecimento.

É imprescindível que a(o) profissional se mantenha atualizada(o) em relação às teorias e práticas baseadas em evidências, assegurando uma atuação ética e eficaz, sempre com o foco na saúde, bem-estar e qualidade de vida. Além disso, é fundamental desenvolver competências que favoreçam o trabalho colaborativo com outros profissionais que atendem a população idosa. Treinamentos na área do envelhecimento são recomendados em todos os níveis de desenvolvimento profissional. É crucial que as(os) psicólogas(os) reflitam sobre suas competências, adquiram um conhecimento abrangente sobre envelhecimento e busquem educação continuada para expandir seu conhecimento na área.

O principal objetivo é promover uma integração entre os diferentes saberes, de modo a construir uma visão sistêmica que considere os profissionais e instituições envolvidas, visando uma maior amplitude de conhecimentos que favoreçam o planejamento, avaliação e monitoramento do plano de ações voltadas para as pessoas idosas e suas redes de suporte social e familiar. A interdisciplinaridade, como elo que une diversas áreas de conhecimento, deve servir de base sólida para o sucesso dessas equipes, estimulando o estudo interdependente dos múltiplos aspectos do envelhecimento (Falcão & Lopes, 2010).

A comunicação eficiente, objetiva e acessível, bem como, a integração desses serviços são fundamentais para proporcionar um atendimento de qualidade. Também, é essencial que as(os) psicogerontólogas(os) eduquem outros profissionais sobre o papel da Psicologia no contexto do envelhecimento e da velhice, através de palestras, publicações, workshops, redes sociais etc. Familiarizar-se com a cultura das instituições em que atuam, bem como com os recursos disponíveis na comunidade, é igualmente importante para garantir cuidados abrangentes e integrados, otimizando o apoio oferecido e promovendo uma rede de atendimento eficaz (APA, 2024).

A interprofissionalidade vai além do compartilhamento de conhecimentos; envolve a **cooperação prática entre os profissionais** de diferentes áreas no cotidiano do atendimento. Esse modelo propõe que os

profissionais trabalhem de forma colaborativa, com comunicação fluida e respeito mútuo pelas competências específicas de cada área. Para alcançar essa cooperação, é imprescindível que a(o) profissional se mantenha atualizada(o) em relação às **teorias e práticas baseadas em evidências**, assegurando uma atuação ética e eficaz, sempre com o foco na saúde, bem-estar e qualidade de vida das pessoas idosas.

Além disso, o desenvolvimento de competências que favoreçam o trabalho colaborativo é fundamental. Treinamentos específicos na área do envelhecimento são recomendados em todos os níveis de desenvolvimento profissional, proporcionando aos profissionais a capacidade de identificar fragilidades e atuar de forma preventiva. Um exemplo prático dessa interprofissionalidade ocorre em equipes de atenção básica de saúde, onde médicos, psicólogas(os), assistentes sociais, enfermeiros e fisioterapeutas compartilham planos de cuidado, avaliam conjuntamente os casos e ajustam intervenções de acordo com as necessidades do idoso. Essa integração melhora a qualidade do atendimento e reduz a fragmentação dos serviços.

### **Intersetorialidade: Ampliação das Redes de Cuidado**

A intersetorialidade refere-se à articulação entre diferentes setores – como **saúde, assistência social, educação, segurança pública e habitação** – para garantir um cuidado integral e contínuo. No contexto da pessoa idosa, essa integração é essencial para a promoção da autonomia, independência e qualidade de vida.

Integrar a **Atenção Primária à Saúde - APS** com a **assistência social** possibilita um suporte mais abrangente para idosos em situação de vulnerabilidade, fortalecendo redes de apoio e promovendo o acesso a benefícios sociais, serviços de reabilitação e proteção contra situações de violência ou negligência. Essa articulação também facilita o acesso a serviços como o **CRAS** e o **CREAS**, que são responsáveis por promover a integração social e o suporte em situações de risco.

Para que a abordagem interdisciplinar, interprofissional e intersetorial seja eficaz, é indispensável uma **comunicação objetiva, acessível e**

**constante** entre os profissionais e com as famílias. Além disso, as(os) psicogerontólogas(os) têm um papel estratégico em educar outros profissionais sobre a relevância da Psicologia no contexto do envelhecimento.

Atividades como **palestras, workshops, publicações científicas, capacitações em redes sociais e projetos comunitários** são ferramentas poderosas para disseminar conhecimentos sobre envelhecimento, fortalecer redes de cuidado e promover um atendimento humanizado e baseado em evidências (APA, 2024).

### **A Importância da Cultura Institucional e do Conhecimento Comunitário**

Para otimizar o cuidado à pessoa idosa, é essencial que as(os) psicogerontólogas(os) compreendam a **cultura das instituições** em que atuam, bem como os recursos disponíveis nas comunidades. Esse conhecimento permite identificar fragilidades, potencialidades e estabelecer parcerias locais para fortalecer o cuidado.

A familiarização com as rotinas institucionais e a criação de redes de contato possibilitam intervenções mais ágeis e eficientes, evitando o isolamento da pessoa idosa e promovendo o acesso contínuo aos serviços de saúde, assistência e proteção social. Um dos pilares da intersetorialidade é a **integração entre a APS e a assistência social**. Essa articulação permite que questões sociais, como pobreza, isolamento e falta de suporte familiar, sejam abordadas de forma conjunta com os cuidados de saúde. Dessa maneira, promovem-se estratégias para fortalecer a autonomia, prevenir agravos e garantir um envelhecimento digno e saudável.

A abordagem interdisciplinar, interprofissional e intersetorial representa um avanço significativo para o cuidado integral à pessoa idosa. Ao integrar saberes, práticas e setores, amplia-se a capacidade de intervenção, promovendo um envelhecimento com qualidade de vida, autonomia e respeito aos direitos humanos. É imprescindível que políticas públicas reforcem esses pilares, garantindo capacitação contínua e integração dos serviços de saúde,

assistência social e segurança, de modo a proteger e acolher dignamente a população idosa em todas as suas dimensões.

### **Promoção da saúde e bem-estar no envelhecimento**

Os programas de promoção da saúde e bem-estar no envelhecimento estão amparados pelas ações intersetoriais das Políticas Públicas de Saúde e Assistência Social. Bem como, pelos espaços de Controle Social (Secretarias Municipais e Estaduais, Conselhos do Idoso), pelos projetos socioculturais, educacionais, de lazer e de ocupação do tempo livre (Universidades Abertas à Terceira Idade-UATis, centros de convivência e comunitários, ações educativas gerontológicas, projetos para a vida saudável) e pelas associações voltadas para psicopatologias ou condições específicas de saúde (Associação Brasileira de Alzheimer- ABRAZ, Associação Brasileira Parkinson, etc).

A promoção da participação social é uma prioridade nas políticas públicas globais para um envelhecimento saudável e ativo, conforme a OMS, sendo considerada uma estratégia central na construção de sociedades inclusivas para o público idoso (Lehning et al., 2018). Conforme a perspectiva de desenvolvimento ao longo da vida (life span), a participação social na velhice resulta de fatores multidimensionais, como saúde preservada, funcionalidade física e mental, oportunidades sociais, níveis de cultura e renda, fatores motivacionais e experiências individuais e coletivas ao longo da vida (Pinto & Neri, 2017).

O “Plano para a Década do Envelhecimento Saudável (2020-2030)”, promovido pela OMS, ressalta a importância de ações colaborativas que envolvem diferentes setores da sociedade. A iniciativa reconhece que o envelhecimento saudável não é apenas uma responsabilidade individual, mas um desafio coletivo que exige esforços integrados de governos, sociedade civil, instituições acadêmicas e setor privado. As ações propostas objetivam

transformar a forma como a sociedade pensa, sente e age em relação à idade e ao envelhecimento; estimular as pessoas idosas para que participem ativamente e contribuam para suas comunidades; oferecer

cuidados de saúde primários integrados e personalizados às necessidades dos indivíduos; e garantir acesso a cuidados de longa duração para aqueles que necessitam. Essas iniciativas estão alinhadas com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da ONU, promovendo inclusão, equidade, proteção ambiental, prosperidade e a construção de uma cultura de paz.

O SUS é um pilar essencial para a promoção e manutenção da saúde da população brasileira, oferecendo cuidados integrais, universais e equitativos. No contexto da Psicologia, a atuação nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e nas Estratégias de Saúde da Família (ESFs) se mostra fundamental para a promoção de saúde mental e o enfrentamento das diversas demandas psicossociais que emergem nas comunidades. Portanto, não apenas contribui para a saúde mental individual, mas também atua como um agente facilitador de transformações sociais, essencial para a construção de um ambiente que favoreça um envelhecimento saudável e sustentável.

As “Referências Técnicas para atuação de psicólogos(os) na Atenção Básica à Saúde” (CFP, 2019), produzido no âmbito do CREPOP, destacou a importância da atuação da Psicologia na Atenção Básica como um componente essencial para a promoção da saúde integral. A Atenção Básica, conforme definida pelo documento, envolve ações que abrangem tanto o âmbito individual quanto o coletivo, buscando atender às necessidades de saúde das comunidades e reduzir vulnerabilidades. Nesse contexto, destaca-se o papel essencial da(o) psicóloga(o) nesses espaços de atuação, em consonância com um dos princípios fundamentais do Código de Ética da Profissão: “II. O psicólogo trabalhará visando a promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e contribuirá para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”.

Nessa perspectiva, a inserção da psicogerontologia na Atenção Básica é essencial para promover a saúde de forma a atender às especificidades do envelhecimento. A(O) psicóloga(o) que atua com pessoas idosas no SUS desempenha um papel crucial no desenvolvimento de práticas que visam não

apenas a saúde mental e o bem-estar desse público, mas também a qualidade de vida e a prevenção e tratamento de transtornos mentais. Além disso, oferece suporte a famílias e cuidadores, reconhecendo a importância do cuidado integral. A atuação da(o) psicóloga(o) nessa área transcende o atendimento clínico individual, ao se integrar às equipes multiprofissionais nas UBS e nas ESFs. Isso permite a promoção de ações educativas e preventivas, bem como o fortalecimento de redes de apoio para famílias e cuidadores.

A participação das pessoas idosas em atividades de lazer, recreação, troca de informações, ajuda mútua, atividades religiosas, voluntariado e militância política está intimamente relacionada à funcionalidade física e mental, refletindo motivação, bem-estar individual e valorização do capital social (Goll et al., 2015). Essas atividades favorecem a estimulação cognitiva, gratificação emocional, suporte social e participação social (Mendes et al., 2023). As intervenções preventivas, como grupos de apoio e programas de capacitação para cuidadores de pessoas idosas, desempenham um papel fundamental na promoção do bem-estar psicológico.

Ao longo do desenvolvimento da Política do SUS houve diferentes iniciativas que possibilitaram a ampliação da inserção das(os) psicólogas(os) nas equipes multiprofissionais no âmbito da Atenção Básica. Desde 2023, é possível a contratação de profissionais da categoria a partir do financiamento federal da equipe Multi, por meio da Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023. Porém, esta vem como a retomada pelo Ministério da Saúde para o fortalecimento ao cuidado multiprofissional na APS, dando continuidade ao trabalho do Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF), nome dado às equipes de apoio multiprofissionais de 2008 a 2017. De 2017 a 2023, as equipes passaram a ser denominadas de NASF. Nas duas propostas de equipe o objetivo foi o de ampliar a abrangência e o escopo das ações da atenção básica, assim como sua resolubilidade, sendo que na primeira o foco era direcionado para o apoio à capilarização da estratégia de saúde da família. Os Núcleos de Apoio de Saúde da Família, por sua vez, passaram a dar suporte a todos os tipos de equipe, incluindo a recém-criada (também em 2017) equipe de atenção básica, que a diferença da ESFs, passou a não exigir

mais de forma obrigatória os agentes comunitários de saúde e os profissionais de saúde bucal.

Nas diferentes composições das equipes mencionadas, encontra-se a possibilidade do gestor escolher a contratação de profissional de Psicologia. Na composição da atual e Multi, os três tipos de modalidades de equipe (Ampliada, Complementar e Estratégica), a categoria está incluída como opção, porém não como obrigação. A carga horária mínima para os profissionais da equipe multiprofissional, de nível superior não médicos é de 20h.

Cabe o destaque sobre a ênfase dada ao atendimento em saúde mental nas diferentes modalidades de equipes multiprofissionais já existentes, A lei de criação do NASF (Portaria nº154 de 24 de janeiro de 2008) recomendava no inciso 2 do art. 4º que cada NASF contasse com pelo menos um profissional da área de saúde mental, devido à magnitude epidemiológica dos transtornos mentais. Não há recomendação semelhante na portaria que vige atualmente, podendo ser considerado um aspecto de retrocesso na composição de equipes multiprofissionais na atenção básica. No que se refere à atenção às pessoas idosas, considerando o grande contingente desta faixa etária que acessa a porta de entrada do SUS, assim como o quanto esta é acometida por condições de saúde mental e sofrimento psíquico, conforme dados trazidos anteriormente neste texto, fica evidente que relegar os aspectos de saúde mental no planejamento das equipes há de trazer efeitos prejudiciais ao atendimento oferecido aos mais velhos.

No que se refere às estratégias e instrumentos para acompanhamento psicossocial dos usuários(as) idosos(as) na atenção básica e na rede de atenção Psicossocial (especialmente nos CAPS), os quais contam com o olhar das(os) psicólogas(os) inseridas(os) na equipe, ressaltam-se o Apoio Matricial e o Plano/Projeto Terapêutico Singular (PTS):

- Apoio Matricial: constitui-se em um trabalho compartilhado de suporte às equipes de atenção básica e saúde da família pelos profissionais de saúde mental do território (geralmente da rede dos

CAPS), buscando um melhor manejo da saúde mental dos usuários na atenção básica. O apoio matricial é um arranjo técnico-assistencial que visa à ampliação da clínica, superando a lógica de encaminhamentos indiscriminados para uma lógica de corresponsabilização entre as equipes. Nesse sentido, afirmam-se as práticas substitutivas ao modelo hegemônico e medicalizante, assim como as que patologizam e psicologizam o sujeito (Garcia & Reis, 2018).

As equipes e Multi, vinculadas à UBS, são constituídas por profissionais de saúde de diferentes áreas de conhecimento, que atuam de maneira integrada, sendo responsáveis por apoiar as ESF e as equipes de Atenção Básica para populações específicas e equipes da academia da saúde, atuando também diretamente no apoio matricial, inclusive relacionado ao sofrimento aos problemas relacionados ao uso de crack, álcool e outras drogas. Conforme Garcia e Reis (2018), entre as estratégias utilizadas para o desenvolvimento das intervenções estão a criação de espaços coletivos de discussões e planejamento, organização e estruturação de espaços de atendimento compartilhado, intervenções específicas com os usuários e/ou famílias, ações comuns nos territórios adstritos. As equipes e Multi também se utiliza de ferramentas clínicas, como o PTS e a Clínica Ampliada.

- Plano Terapêutico Singular - PTS: é um conjunto de propostas para condutas terapêuticas articuladas para com um indivíduo, uma família ou um grupo. Estas resultam da discussão coletiva da equipe interdisciplinar. Geralmente, o PTS é dedicado a situações mais complexas e toma a singularidade como elemento central. Objetiva-se atender as especificidades de cada sujeito e cada demanda. Dessa forma, escuta-se e incorpora-se ao Projeto elementos particulares de cada sujeito.

Destacam-se dois momentos fundamentais da construção do PTS: 1. a definição de hipóteses diagnósticas (sempre levando-se em conta avaliação de vulnerabilidades, compreensão dos desejos, dos modos de viver, da cultura, da família, da rede social e da rede de apoio da pessoa idosa); 2.

estabelecimento de metas de curto, médio e longo prazo, conforme a demanda do sujeito e não esquecendo de levar em conta as contribuições de cuidadores e familiares (SES-RS, 2022).

É de fundamental importância que o PTS seja construído e trabalhado em conjunto com os instrumentos utilizados pelo serviço para a realização da avaliação multidimensional da pessoa idosa. A(o) psicóloga(o) tem um enorme potencial de colaborar com este processo de forma integral, resolutiva e sensível; é indubitável a importância deste (assim como dos demais profissionais) terem conhecimento sobre gerontologia e psicogerontologia, deixando-os atentos para fatores de risco de fragilização emocional e funcional, assim como possibilidades adequadas para o cuidado.

O SUS estabelece também como estratégia, a partir da sua Política Nacional de Educação Permanente em Saúde de 2004, a formação e desenvolvimento de seus trabalhadores. A PNSPI, fazendo jus a estas disposições, assim como ao que está previsto no Estatuto da Pessoa Idosa sobre a necessidade de “capacitação e reciclagem dos recursos humanos nas áreas de geriatria e gerontologia e na prestação de serviços aos idosos”, trouxe importantes adendos neste quesito. Consta entre as Diretrizes da PNSPI a “formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa”. Além disso, a PNSPI estabelece entre as Responsabilidades Institucionais dos gestores federais e estaduais, o estabelecimento de “diretrizes para a qualificação e educação permanente em saúde da pessoa idosa” e a implementação das mesmas a nível loco regional, em consonância com as características dos territórios.

No âmbito do SUAS, destaca-se os serviços da Proteção Social Básica: Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos e Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas. Os objetivos específicos para idosos/as incluem o trabalho social continuado com famílias com o fim de contribuir para um processo de envelhecimento ativo, saudável e autônomo; assegurar espaço de convivência comunitária entre pares, familiar e intergeracional; detectar necessidades e estimular o

desenvolvimento de potencialidades e capacidades para novos projetos de vida; propiciar vivências que valorizem as experiências, a condição de escolha e o protagonismo. As atividades podem ocorrer em diferentes espaços do território, sendo o CRAS o estabelecimento de referência.

Na Proteção Social Especial, os serviços de média complexidade que incluem pessoas idosas, destaca-se o PAEFI, Serviço Especializado de Abordagem Social (SEAS), Serviço de Proteção Social Especial para Pessoas com Deficiência, Idosos(as) e suas Famílias e Serviço Especializado para Pessoas em Situação de Rua. Os objetivos específicos para pessoas idosas incluem atendimento especializado a famílias com membros com algum grau de dependência, que tiveram suas limitações agravadas por violações de direitos, como: exploração da imagem, isolamento, confinamento, atitudes discriminatórias e preconceituosas na família, falta de cuidados adequados por parte de cuidadores, estresse do cuidador, desvalorização da capacidade da pessoa, dentre outras. Objetiva acompanhar e orientar para promover a autonomia, a inclusão social e a melhoria da qualidade de vida. Prevê equipe específica e habilitada. As ações serão pautadas no reconhecimento do potencial dos envolvidos, na valorização da diversidade e na redução da sobrecarga do cuidador. As unidades de Referência são: CREAS ou Unidade específica referenciada ao CREAS; domicílio, Centro-dia e Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua.

No nível da alta complexidade, os objetivos específicos envolvem o acolhimento para idosos(as) com 60 anos ou mais, independentes e/ou com diversos graus de dependência. Prevê acolhimento provisório e, excepcionalmente, de longa permanência; deve ofertar cuidado integral. É previsto para os que não dispõem de condições para permanecer com a família, seja por situações de violência e negligência, ou em situação de rua e de abandono, com vínculos familiares fragilizados ou rompidos, ou impossibilidade de auto-sustento. Idosos(as) com vínculo de parentesco ou afinidade – casais, irmãos, amigos etc. devem ser atendidos na mesma unidade caso assim queiram; Idosos(as) com deficiência devem ser incluídos/as nesse serviço, de modo a prevenir práticas segregacionistas. Deverá ser garantida privacidade, respeito a costumes, tradições e

diversidade de arranjos familiares, raça/etnia, religião, gênero e orientação sexual. As unidades de referência são: Casa-Lar (até 10 pessoas) e Abrigo Institucional (ex. ILPIs). Estes seguem as normas da vigilância sanitária, serviço do SUS.

A atuação da Psicologia na política de assistência social junto à pessoa idosa exige uma abordagem interseccional e crítica que considere as múltiplas vulnerabilidades sociais atravessadas por raça, gênero, classe, geração e orientação sexual, garantindo autonomia, participação, escuta qualificada e o fortalecimento de vínculos como estratégias fundamentais para promover direitos, combater o ageísmo e enfrentar as desigualdades estruturais que marcam o envelhecimento no Brasil.

O trabalho da(o) psicóloga(o) com pessoas idosas no SUAS envolve uma série de ferramentas e práticas fundamentadas em políticas públicas e princípios éticos. A seguir, são apresentadas as principais ferramentas utilizadas no contexto do SUAS (Falcão, no prelo), seguidas das dimensões transversais (Rabelo & Lopes, 2023) que orientam a prática profissional.

### **Quadro 3. Ferramentas para o trabalho da(o) psicóloga(o) com pessoas idosas no SUAS**

<b>Ferramenta</b>	<b>Descrição</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Contexto de Aplicação</b>
Plano Individual de Atendimento (PIA)	Documento que identifica as necessidades da pessoa idosa, estabelecendo metas e estratégias de intervenção.	Garantir um atendimento individualizado, respeitando as especificidades de cada pessoa idosa.	CRAS, CREAS e Centros-Dia.
Mapeamento de Redes de Suporte Social	Identificação dos recursos sociais, familiares e comunitários	Fortalecer a rede de apoio e promover vínculos sociais para reduzir o isolamento.	Visitas domiciliares, atendimentos no CRAS e CREAS.

		disponíveis para a pessoa idosa.	
Escalas de Avaliação Psicossocial	Instrumentos padronizados para identificar fragilidades emocionais, cognitivas e sociais.	Diagnosticar condições de vulnerabilidade e planejar intervenções psicossociais.	Atendimento psicológico, grupos de convivência, visitas domiciliares.
Grupo de Convivência	Encontros periódicos para fortalecimento de vínculos sociais e promoção do envelhecimento ativo.	Estimular a socialização, o protagonismo e a troca de experiências entre os idosos.	CRAS, Centros-Dia, ILPIs e espaços comunitários.
Mediação de Conflitos Familiares	Técnicas de resolução pacífica de conflitos familiares, principalmente em casos de negligência ou violência.	Promover a restauração de vínculos familiares e a segurança emocional do idoso.	CREAS e atendimento familiar no CRAS.
Projeto Terapêutico Singular (PTS)	Planejamento multiprofissional personalizado para cada idoso, considerando saúde, assistência e suporte social.	Promover um cuidado integral, considerando as necessidades biopsicossociais da pessoa idosa.	Centros-Dia, CRAS, CREAS e articulação com serviços de saúde.
Atendimento Psicossocial Individual	Acompanhamento psicológico focado em questões emocionais, cognitivas e sociais do envelhecimento.	Fortalecer a autonomia, a resiliência emocional e a adaptação às mudanças do envelhecimento.	CRAS, CREAS e visitas domiciliares.

Quadro 4. Dimensões Transversais no Trabalho da(o) Psicóloga(o) no SUAS

Escuta qualificada e acolhimento ético-político	Escuta atenta, sem julgamentos, pautada na legitimação das narrativas da pessoa idosa.  Acolhimento que vai além da recepção, fortalecendo vínculos e construindo confiança.
Vínculo como instrumento de cuidado	Construção de vínculos sólidos com a pessoa idosa, familiares e cuidadores para garantir continuidade no cuidado e adesão às atividades.  O vínculo favorece o engajamento e fortalece a relação com os serviços.
Construção co-participativa e horizontalizada do cuidado	Planejamento das ações com a pessoa idosa, e não para ela.  Decisões compartilhadas, respeitando sua autonomia e protagonismo.
Educação permanente e formação crítica	Formação continuada sobre envelhecimento, interseccionalidade, mitos e estereótipos da velhice.  Parcerias com universidades, grupos de estudo e produção de conhecimento no território.
Combate ao idadismo e desmistificação da velhice	Atuação crítica contra discursos e práticas discriminatórias baseadas na idade.  Promoção de novos imaginários sobre envelhecimento, longevidade e capacidade.
Articulação intersetorial e em rede	Diálogo e parceria com outros setores (saúde, justiça, educação etc.).  Construção de fluxos de atendimento integrados para garantir proteção integral.
Oficinas e grupos com familiares e cuidadores	Espaços coletivos de reflexão, troca de experiências e fortalecimento da rede de cuidado.  Combate ao isolamento e sobrecarga, especialmente das mulheres idosas cuidadoras.
Sistematização e uso de dados (Prontuário SUAS e SISC)	Registro fiel das situações, intervenções e fluxos realizados.  Subsídio para diagnóstico territorial e planejamento de políticas públicas.

Nesse sentido, além das já citadas, pode-se citar outros exemplos de práticas que podem ser desenvolvidas no âmbito das políticas públicas:

- Facilitar grupos focados em temáticas elencadas pelos usuários idosos, como manejo de estresse, enfrentamento de perdas, autoestima.

- Grupos de convivência, promovendo suporte social, fortalecimento de vínculos familiares e a participação ativa na comunidade.
- Desenvolver programas de estimulação cognitiva e funcional para a prevenção de declínios relacionados à idade, como exercícios de memória e atenção.
- Estimular as atividades de lazer, socialização e participação em redes sociais.
- Conduzir palestras e oficinas educativas para pessoas idosas, seus familiares e cuidadores sobre temas como saúde mental e estratégias para envelhecimento ativo, saudável e sustentável.
- Desenvolver e implementar programas de educação para o envelhecimento e educação em saúde que abordem temas como prevenção de doenças, saúde mental e autocuidado. Essas ações são fundamentais para apoiar as pessoas idosas a tomar decisões informadas sobre sua saúde e bem-estar.
- Proporcionar informações sobre as condições de saúde mais comuns na velhice, incluindo demência e outras doenças, ajudando os familiares a compreenderem melhor o que seus entes queridos estão enfrentando.
- Oferecer orientação e suporte psicológico aos cuidadores, abordando temas como sobrecarga, manejo de comportamentos de sintomas comportamentais e psicológicos da demência, luto antecipatório e cuidados paliativos.
- Facilitar grupos de apoio onde cuidadores possam compartilhar experiências, desafios e estratégias, promovendo um ambiente de acolhimento e solidariedade.
- Informar os familiares sobre serviços e recursos disponíveis na comunidade, como assistência domiciliar, serviços de saúde mental, e apoio social, facilitando o acesso a redes de suporte.

- Auxiliar na resolução de conflitos familiares relacionados ao cuidado da pessoa idosa, promovendo a compreensão e o respeito às necessidades e desejos dela.
- Incentivar a prática de atividades físicas e recreativas adaptadas para pessoas idosas, em parceria com profissionais de educação física e fisioterapia.
- Incentivar a participação das pessoas idosas em atividades comunitárias, como voluntariado e eventos sociais, permitindo que contribuam com suas habilidades e experiências para a comunidade. Essa inclusão não apenas promove a autoestima e o sentido de pertencimento, mas também valoriza o papel dessas pessoas como cidadãos e membros ativos da sociedade.
- Trabalhar junto a organizações governamentais e não governamentais para desenvolver e promover políticas públicas que favoreçam um envelhecimento saudável e sustentável. Isso pode incluir a defesa por espaços públicos acessíveis, iniciativas que garantam transporte seguro para pessoas idosas, e a criação de ambientes que incentivem a convivência e a inclusão social.
- Capacitar-se para reconhecer os diferentes sinais de violência, abuso e negligência contra pessoas idosas, incluindo aspectos físicos, emocionais, históricos e socioculturais. Essa identificação é fundamental para a intervenção precoce, garantindo que as vítimas recebam o suporte necessário.
- Oferecer um espaço de acolhimento e escuta para as vítimas de violência, proporcionando suporte emocional e psicológico.
- Implementar atividades de conscientização e educação sobre os direitos das pessoas idosas, tanto para as próprias pessoas idosas quanto para suas famílias e comunidades. Isso pode incluir palestras, workshops e materiais informativos que discutam temas como o Estatuto da Pessoa Idosa e os direitos fundamentais que devem ser

respeitados. Promover a conscientização sobre o abuso e a negligência também é vital para reduzir o estigma e aumentar a empatia e o apoio comunitário em relação a essas questões.

- Trabalhar em conjunto com a comunidade para promover um ambiente seguro e acolhedor para as pessoas idosas. Isso pode envolver a realização de campanhas de sensibilização para os direitos humanos dos idosos, a criação de protocolos de segurança nas comunidades e a mobilização de recursos para implementar medidas de proteção.
- Atuação em Rede e Intersetorialidade - Articulação com UBS, CAPS, CRAS, ILPIs e outros equipamentos para garantir continuidade de cuidado
- Manejo e atendimento à crise em saúde mental;
- Acompanhamento no processo de internamentos involuntários e comunicação para o Ministério Público;
- Capacitação de cuidadores e equipe multiprofissional de ILPIs
- Intervenções psicológicas em situações de adoecimento crônico ou terminal
- Apoio às famílias de pessoas idosas hospitalizadas
- Promoção de grupos de suporte emocional para pessoas idosas em cuidados paliativos e suas famílias.
- Atuar no fortalecimento das redes de apoio e na prevenção do isolamento social.

A mobilização e a implementação de políticas públicas voltadas para proteção e bem-estar devem abranger a diversidade da população brasileira. Grupos de pessoas idosas em situações de vulnerabilidade social, como a comunidade LGBTQIA+, indígenas, quilombolas, em situação de rua e com deficiência, demandam intervenções psicossociais que garantam inclusão social e equidade de direitos, oferecendo suporte específico para suas

necessidades. Um exemplo ilustrativo é o dos povos ribeirinhos, que enfrentam desafios significativos, como a falta de acesso a serviços básicos essenciais, incluindo saneamento, saúde e educação, além de limitações na mobilidade e baixa influência política. Esses fatores contribuem para a negligência por parte do poder público e colocam essas comunidades em situação de vulnerabilidade (Nascimento et al., 2017).

É essencial promover o desenvolvimento de comunidades amigas da pessoa idosa e da pessoa com demência. Essas iniciativas visam a sensibilização da população para as necessidades específicas desses grupos, promovendo interações sociais positivas e inclusivas. Segundo a OMS (2015), ambientes amigáveis à demência são fundamentais para apoiar a autonomia e a qualidade de vida das pessoas afetadas, incentivando a participação social e reduzindo o isolamento. Ademais, intervenções que fomentem a empatia e a compreensão das experiências vividas por essas populações são essenciais para mitigar o estigma associado às demências (Bacsu et al., 2022).

O conceito de *aging in place*, ou envelhecer no lugar, diz respeito à capacidade do indivíduo de permanecer em sua casa e/ou comunidade de forma segura e confortável, mesmo com o avanço da idade. Esse conceito está diretamente relacionado à autonomia, conforto e segurança, permitindo que os mais velhos mantenham sua independência e preservem os laços sociais já estabelecidos ao longo dos anos (Vanleerberghe et al., 2017). Conforme Smith, Lehning e Kim (2018), esse é o desejo predominante entre a(o)s idosa(a)s, pois os vínculos com o ambiente ao redor, familiares e amigos tornam-se fundamentais para o bem-estar.

Entretanto, a decisão de envelhecer no próprio lar ou em uma ILPIs nem sempre reflete uma escolha genuína, mas pode ser resultado de circunstâncias adversas. Embora o lar seja idealizado como um lugar de conforto e segurança, ele pode ser um espaço de conflito e falta de afeto, com disputas por espaço, dinheiro e autoridade. Por isso, é importante que profissionais de saúde e assistência social evitem romantizar essa escolha e compreendam que, muitas vezes, o ambiente doméstico não oferece as condições ideais para um envelhecimento digno (Neri, Alexandre & Alves, 2022).

Além disso, é essencial não cair em visões simplistas que tratam o(a) idoso(a)s como vítimas e suas famílias como vilãs. As dinâmicas familiares são complexas e ambas as partes podem enfrentar desafios. Assim, é necessário ter uma visão sistêmica e que leve em consideração as particularidades de cada caso, garantindo que tanto o(a) idoso(a) quanto sua família sejam ouvidos e apoiados em suas decisões, sempre com o foco em promover a saúde, o bem-estar e os direitos humanos, seja no lar ou em uma instituição (Falcão & Bucher-Maluschke, 2010).

Assim, a(o) psicóloga(o) que trabalha com pessoas idosas deve atuar em colaboração com diferentes níveis de atenção das políticas públicas. Essa integração é fundamental para garantir que as pessoas idosas recebem um cuidado contínuo e coordenado, abordando suas necessidades físicas, emocionais e sociais de forma sistêmica. Além disso, essa atuação colaborativa fortalece a comunicação entre os serviços, possibilitando um fluxo de informações mais eficiente e a continuidade do cuidado. Uma síntese das principais práticas de psicólogas(os) que atendem pessoas idosas em contextos diferenciados dentro dos programas das políticas públicas do Brasil, organizadas por nível de complexidade, está ilustrada no Quadro X. O Quadro Y sintetiza outros dispositivos de interesse público acessível à população.

**Quadro 5.** - Síntese dos Serviços e níveis de complexidade dos Serviços Socioassistenciais do SUAS e dos Serviços de saúde do SUS.

<b>Equipamento/serviço</b>	<b>Política Pública</b>	<b>Nível de complexidade</b>	<b>Ações desenvolvidas</b>
Unidades Básicas de saúde (UBS)	SUS	baixa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Principal porta de entrada da população idosa para os serviços da rede do SUS (RAS).</li> <li>- Ofertas regulares e permanentes: ações de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico e reabilitação da saúde, por meio da ampliação da cobertura vacinal, orientações sobre alimentação e nutrição, práticas de atividades físicas, orientação sobre prevenção e acompanhamento de vítimas de violência, prevenção de quedas, higiene e saúde bucal, autocuidado, prevenção de infecções sexualmente transmissíveis, orientação e acompanhamento das doenças crônicas, cuidados paliativos, orientações sobre o</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>- processo de uso de medicamentos e práticas integrativas e complementares (PICS), das questões de saúde mental, decorrentes ou não do uso de álcool e outras drogas, dirigidas não só a pessoa idosa, mas também aos seus familiares e cuidadores, e fundamentalmente na assistência às condições clínicas mais comuns que acometem a pessoa idosa</li> <li>- Identificação das necessidades de saúde da população idosa do território adstrito</li> <li>- cadastramento de cada pessoa idosa que chega ao serviço ou as identificadas por busca ativa</li> <li>- avaliação multidimensional da pessoa idosa e reavaliações conforme recomendação técnica de acordo com o nível de fragilidade desta</li> <li>- As UBS podem contar (ou não) com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), a qual reorienta o modelo de assistência à saúde, buscando ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e da coletividade. As equipes de ESF contam com os seguintes profissionais: Médico, Enfermeiro, Auxiliar e/ou Técnico de Enfermagem, Agente Comunitário de Saúde (ACS); complementarmente pode contar com o Agente de Combate às Endemias (ACE) e profissionais de Saúde Bucal.</li> <li>- Outro serviço oferecido são as equipes de Atenção Básica para Populações Específicas: Equipe de Saúde da Família Ribeirinha (eSFR); Equipe de Consultório na Rua (eCR); Equipe de Atenção Primária Prisional (eAPP)</li> <li>- Existem também as UBS Fluviais (em áreas fluviais)</li> </ul>
Vigilância em Saúde	SUS	transversal a todos os pontos da RAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificação oportuna dos riscos à saúde da população, através do monitoramento e avaliação sistemática da ocorrência de eventos de interesse à saúde (como surtos ou epidemias), da interação das populações com o ambiente, bem como do uso de produtos, serviços e tecnologias de interesse à saúde</li> <li>- prevenção e controle de riscos que atingem a população em todas as fases do ciclo da vida, tais como o controle da qualidade da água para consumo, o gerenciamento do risco sanitário na comercialização de alimentos e medicamentos, o controle de</li> </ul>

			<p>doenças transmitidas por vetores ou de agravos decorrentes de acidentes e doenças ocupacionais</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- As ações da Vigilância Sanitária (VISA) têm significativa importância para a atenção à saúde da pessoa idosa, abrangendo ações de caráter educativo e fiscalizatório; diz respeito, por exemplo, às boas práticas de funcionamento das ILPIs, contribuindo assim, para a promoção da saúde e melhoria da qualidade da população que residem neste local</li> <li>- Vigilância Epidemiológica é responsável pelas ações de Imunização - com a publicação do calendário nacional de vacinação do Idoso, pela vigilância da violência contra a pessoa idosa - incluída como um agravo de notificação compulsória, pela vigilância das doenças e agravos não transmissíveis - como câncer, diabetes e doenças cardiovasculares, altamente prevalentes na população idosa, bem como pela vigilância de doenças de transmissão respiratória - como Influenza e COVID-19, que igualmente apresentam alta incidência nesta população</li> <li>-</li> </ul>
<b>Equipamento/serviço</b>	<b>Política Pública</b>	<b>Nível de complexidade</b>	<b>Ações desenvolvidas</b>
Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) <sup>6</sup>	SUAS	baixa	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Proteção Social Básica</li> <li>- Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF</li> <li>- Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos</li> <li>- Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas</li> <li>- Atendimento psicossocial para idosos em situação de vulnerabilidade</li> <li>- Planejamento de intervenções com foco no fortalecimento de vínculos familiares e comunitários</li> <li>- Articulação com redes de suporte, como associações e movimentos de idosos</li> <li>- Abrange atendimento que pode ser oferecido em Centros de Convivência, com o objetivo de prestar trabalho social continuado com famílias com o fim de</li> </ul>

<sup>6</sup> BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Conselho Nacional de Assistência Social (CNAS). [Resolução nº 109 de 11 de novembro de 2009 - Aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais](#). CNAS: Brasília, 2009.

			<p>contribuir para um processo de envelhecimento ativo, saudável e autônomo; assegurar espaço de convivência comunitária entre pares, familiar e intergeracional; detectar necessidades e estimular o desenvolvimento de potencialidades e capacidades para novos projetos de vida; propiciar vivências que valorizem as experiências, a condição de escolha e o protagonismo</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Todos os serviços são desenvolvidos no território de abrangência do CRAS</li> <li>- Todos os serviços da proteção social básica devem ser referenciados ao CRAS e manter articulação com o PAIF, possibilitando a organização e hierarquização da rede socioassistencial no território, cumprindo a diretriz de descentralização da política de assistência social.</li> </ul>
<b>Equipamento/serviço</b>	<b>Política Pública</b>	<b>Nível de complexidade</b>	<b>Ações desenvolvidas</b>
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) <sup>7</sup>	SUS	Nível de complexidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Oferecem serviços de saúde abertos para a comunidade. Com equipe multiprofissional, trabalha para atender às necessidades de saúde mental das pessoas, incluindo aquelas que enfrentam desafios relacionados às necessidades decorrentes do uso prejudicial de álcool e outras drogas.</li> <li>- Os serviços têm base territorial e são especialmente focados no apoio no processo de reabilitação psicossocial</li> <li>- prevê a estratégia do matriciamento, que consiste em um modo de produzir saúde no qual as equipes especializadas de saúde mental e as equipes da atenção básica (em um processo de construção compartilhada) criam uma proposta de intervenção pedagógico-terapêutica a fim de ampliar e qualificar as ações da atenção básica</li> <li>- São organizados conforme o nível de complexidade e a demanda da região, como o CAPS I (população acima de 20 mil</li> </ul>

<sup>7</sup> [REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: Rede de Atenção Psicossocial - RAPS. Universidade Federal do Maranhão, 2018.](#)

			<p>habitantes), CAPS II (acima de 70 mil habitantes), CAPS III (acima de 200 mil habitantes, com funcionamento 24hs e acolhimento noturno temporário), CAPS AD (acima de 70 mil habitantes e exclusivo para todas as idades para usuários que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas), CAPS AD III (acima de 200 mil habitantes e com acolhimento noturno temporário e funcionamento 24hs) e CAPS infantil (o único que não atende a população idosa).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Todos atendem pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e também com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.</li> <li>-</li> </ul>
<b>Equipamento/serviço</b>	<b>Política Pública</b>	<b>Nível de complexidade</b>	<b>Ações desenvolvidas</b>
Unidade de Pronto Atendimento (UPA) <sup>8</sup>	SUS	média	<ul style="list-style-type: none"> <li>- É um dos componentes que integra a rede de serviços pré-hospitalares fixos para o atendimento às urgências</li> <li>- Presta atendimento a pacientes com condições clínicas graves e não graves, além de prestar o primeiro atendimento a casos cirúrgicos e traumáticos, estabilizando os usuários e conduzindo a avaliação diagnóstica inicial para determinar a conduta adequada</li> <li>- realiza o encaminhamento dos pacientes que necessitam de tratamento em outras unidades de referência</li> <li>- opera 24 horas por dia, todos os dias da semana, com uma equipe multiprofissional qualificada e adaptada às demandas específicas de cada região.</li> </ul>
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) <sup>12</sup>	SUS	média	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Faz parte do módulo pré-hospitalar da Rede de Atenção às Urgências (RAU)</li> <li>- presta atendimento pré-hospitalar móvel em situações de urgência</li> <li>- busca precoce da vítima após a ocorrência de um incidente que afete sua saúde, seja de natureza clínica, cirúrgica, traumática ou</li> </ul>

<sup>8</sup> [BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. 2003.](#)

			<p>psiquiátrica.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- busca evitar o agravamento da condição da vítima, minimizando o sofrimento, prevenindo sequelas ou mesmo evitando o óbito, por meio de atendimento e/ou transporte adequado.</li> <li>- serviço gratuito, acessado pelo número discavel 192, funciona 24 horas por dia e 07 dias por semana, por meio da prestação de orientações e do envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acionados por uma Central de Regulação das Urgências.</li> <li>-</li> <li>-</li> <li>-</li> </ul>
<b>Equipamento/serviço</b>	<b>Política Pública</b>	<b>Nível de complexidade</b>	<b>Ações desenvolvidas</b>
Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS)	SUAS	média	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Serviço de Proteção Social Especial;</li> <li>- atendimento especializado a famílias com membros com algum grau de dependência, que tiveram suas limitações agravadas por violações de direitos, como: exploração da imagem, isolamento, confinamento, atitudes discriminatórias e preconceituosas na família, falta de cuidados adequados por parte de cuidadores, estresse do cuidador, desvalorização da capacidade da pessoa, dentre outras</li> <li>- objetiva acompanhar e orientar para promover a autonomia, a inclusão social e a melhoria da qualidade de vida;</li> <li>- prevê equipe específica e habilitada;</li> <li>- as ações são pautadas no reconhecimento do potencial dos envolvidos, na valorização da diversidade e na redução da sobrecarga do cuidador.</li> </ul>
Atendimento Hospitalar <sup>9</sup>	SUS	alta	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A internação hospitalar é um recurso que deve ter disponibilidade em suficiência, conforme parâmetros de leitos clínicos nacionais</li> <li>- É indicada somente quando esgotadas outras ações e serviços para o manejo adequado dos agravos à saúde</li> </ul>
Atenção Domiciliar	SUS	baixo (AD1), médio (AD2) e	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A AD no SUS pode ser realizada tanto pelas equipes de Atenção Básica e as</li> </ul>

<sup>9</sup> [Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Hospitalar. 2023.](#)

(AD) <sup>10</sup>		alto (AD3)	<p>respectivas equipes multiprofissionais e-Multi, como pelas equipes dos Serviços de Atenção Domiciliar (SAD), habilitados ou não no Programa Melhor em Casa, a depender dos critérios de elegibilidade, vulnerabilidade e intensidade do cuidado</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- ações de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico e reabilitação da saúde, cuidados paliativos, a depender do nível de complexidade demandado</li> </ul>
Acolhimento institucional: Casa Lar (até 10 pessoas) e Instituições de Longa Permanência (ILPI)	SUAS	alta	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acolhimento para idosos/as com 60 anos ou mais, independentes e/ou com diversos graus de dependência;</li> <li>- prevê acolhimento provisório e, excepcionalmente, de longa permanência; deve ofertar cuidado integral;</li> <li>- é previsto para os que não dispõem de condições para permanecer com a família, seja por situações de violência e negligência, ou em situação de rua e de abandono, com vínculos familiares fragilizados ou rompidos, ou impossibilidade de auto-sustento;</li> <li>- idosos/as com vínculo de parentesco ou afinidade – casais, irmãos, amigos etc. devem ser atendidos na mesma unidade caso assim queiram;</li> <li>- idosos/as com deficiência devem ser incluídos/as nesse serviço, de modo a prevenir práticas segregacionistas;</li> <li>- deverá ser garantida privacidade, respeito a costumes, tradições e diversidade de arranjos familiares, raça/etnia, religião, gênero e orientação sexual.</li> </ul>

Fonte: Falcão & Veras (no prelo)

Quadro 6. Outros dispositivos de interesse público acessível à população

Serviço	Política Pública	Ações desenvolvidas
Disque 100	Direitos Humanos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Destinado a receber demandas relativas a violações de Direitos Humanos, principalmente as que atingem populações em situação de vulnerabilidade social (Crianças e adolescentes; pessoas idosas; pessoas com deficiência; pessoas em restrição de liberdade; população LGBTQIA+; população em situação de rua; discriminação étnica ou racial; violência contra</li> </ul>

<sup>10</sup> [Ministério da Saúde. Atenção Domiciliar. Acesso em: 2025.](#)

		<p>ciganos, quilombolas, indígenas e outras comunidades tradicionais; violência contra comunicadores e jornalistas; violência contra migrantes e refugiados; pessoas com doenças raras).</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Garante de sigilo e anonimato ao denunciante</li> <li>- Acesso: por linha telefônica fixa ou móvel, discando 100</li> <li>-</li> </ul>
Ouvidoria Geral do SUS <sup>11</sup>	SUS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Recebe, escuta, acolhe, analisa e encaminha as solicitações e manifestações das pessoas usuárias do SUS em todo Brasil (elogios, reclamações, denúncias)</li> <li>- existem ouvidorias nos Estados e Municípios;</li> <li>- a gerência do serviço é capaz de emitir relatórios relativos às diferentes áreas, inclusive sobre o atendimento de pessoas acima de 60 anos. Dessa forma, gestores podem utilizar este dispositivo para planejamento e avaliação das diferentes serviços públicos do SUS;</li> <li>- promove e apoia a promoção da transparência, do acesso à informação e da participação social.</li> <li>- Garante sigilo e anonimato ao manifestante</li> <li>- Acesso: por linha telefônica, discando 136 ou preenchendo o formulário online: <a href="https://ouvidor.saude.gov.br/public/form-web/registrar">https://ouvidor.saude.gov.br/public/form-web/registrar</a></li> </ul>

As intervenções psicossociais em contextos de crise também são importantes. Proporcionar suporte psicológico a indivíduos em processo de luto, ajudando-os a lidar com a dor da perda de entes queridos, mudanças na estrutura familiar ou a perda de funcionalidade e autonomia. As intervenções devem focar na validação das emoções, construção de narrativas sobre a perda e desenvolvimento de estratégias de enfrentamento. A(o) psicóloga(o) que atua com pessoas idosas pode também facilitar grupos de apoio, onde esse público possa compartilhar suas experiências e aprender com os outros, promovendo um senso de comunidade.

Intervir em contextos de crise, como desastres naturais, pandemias ou surtos de violência, para oferecer suporte psicológico imediato e estratégias

<sup>11</sup> [Ouvidoria-Geral do Sistema Único de Saúde - OuvSUS.](#)

de resiliência. Isso pode envolver a realização de atendimentos emergenciais nas comunidades afetadas, abordando a saúde mental das pessoas idosas e de suas famílias. A(o) psicóloga(o) deve estar preparada(o) para identificar reações normais de estresse e trauma, além de desenvolver intervenções que ajudem os indivíduos a reestabelecerem a segurança emocional, favorecendo a saúde mental.

Além disso, colaborar com serviços de emergência e organizações de apoio para garantir que as necessidades psicossociais das pessoas idosas sejam consideradas em planos de resposta a emergências. Realizar acompanhamento psicológico para pessoas idosas, seus familiares e cuidadores após crises, promovendo a recuperação e o fortalecimento da saúde mental a longo prazo. Isso pode incluir grupos de apoio e iniciativas comunitárias para reforçar os laços sociais e a solidariedade intergeracional.

Ressalta-se ainda, a importância da participação em estratégias de saúde pública no contexto das demências. A atuação efetiva abrange a participação em grupos técnicos, conselhos de saúde e comissões intersetoriais, além da realização de pesquisas científicas e estudos de caso que identificam e divulgam boas práticas para o cuidado e atendimento a idosos. Os conhecimentos da(o)s psicóloga(o)s que atuam na área da psicogerontologia são fundamentais para a detecção precoce de sinais e sintomas de demência e para promover a conscientização, contribuindo para a criação de um sistema de apoio mais inclusivo e sensível às necessidades dessa população.

Em maio de 2017, a OMS aprovou o “Plano de Ação Global para as Demências 2017-2025”, ressaltando a urgência de que os países signatários, entre eles o Brasil, adotem estratégias nacionais para enfrentar os desafios das demências. Esse plano estabelece metas em sete áreas prioritárias até 2025: tratar a demência como uma questão de saúde pública, aumentar o conhecimento e a sensibilização da sociedade, reduzir os fatores de risco, aprimorar o diagnóstico e tratamento, oferecer suporte aos cuidadores, fortalecer os sistemas de informação e fomentar a pesquisa e a inovação.

No Brasil, em 2022, o Ministério da Saúde desenvolveu uma linha de cuidados em demência para orientar o manejo e encaminhamento de pessoas com demência através do SUS. Em complemento, a Lei Nº 14.878, sancionada em junho de 2024, instituiu a “Política Nacional de Cuidado Integral às Pessoas com Doença de Alzheimer e Outras Demências”, promovendo um enfoque multissetorial e integrado para enfrentar esses desafios.

Outro marco importante foi o “Relatório Nacional sobre a Demência no Brasil” (2024), que, alinhado às diretrizes da OMS, ofereceu uma visão detalhada sobre as necessidades de cuidado das pessoas com demência atendidas pelo SUS em diferentes estágios da doença, e de seus cuidadores, respeitando as diferenças regionais e apontando onde essas necessidades estão ou não sendo atendidas. Dentre as várias demandas, o relatório indicou que é necessário oferecer especial atenção à saúde mental dos cuidadores diante das altas taxas de sobrecarga e sintomas psiquiátricos de depressão e ansiedade.

Vale destacar que, também, foi criada a Coalizão Nacional pelas Demências (CoNaDe), que reúne especialistas e lideranças de diversas áreas, incluindo associações científicas, universidades, organizações não governamentais (ONGs) e grupos de apoio. Seu objetivo é apoiar o Governo Federal no desenvolvimento de soluções eficazes, garantindo que o Brasil ofereça suporte integral às pessoas com demência, desde o diagnóstico precoce até os cuidados paliativos. A CoNaDe atua para que os benefícios da nova legislação cheguem rapidamente a quem necessita.

Para apoiar cuidadores de pessoas com demência, o programa iSupport-BR está sendo testado no Brasil com o suporte do Ministério da Saúde para futura implementação. O iSupport-BR oferece um treinamento gratuito e online para cuidadores informais, visando capacitá-los para o cuidado diário com pessoas que vivem com demência. Todavia, mesmo com a implementação desse programa, é fundamental intensificar o apoio aos cuidadores informais, que assumem a maior parte dos cuidados no Brasil.

**Esses cuidadores comumente carecem de conhecimento sobre demência, de orientações práticas sobre o exercício do cuidado e apoio psicológico.**

É fundamental que as autoridades de saúde priorizem investimentos em pesquisa e na capacitação de profissionais para que possam reconhecer e tratar a demência de maneira adequada. O engajamento da sociedade, por meio da educação e do combate ao estigma, é essencial para construir um ambiente mais inclusivo e solidário para as pessoas com demência e seus familiares. O futuro da saúde pública no Brasil depende de ações coordenadas que visem a melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas e a promoção de uma velhice digna e saudável.

Por fim, destaca-se a capacitação profissional e a educação continuada. Realizar treinamentos e capacitações para outros profissionais da saúde sobre o cuidado integral e humanizado à pessoa idosa, abordando temas como comunicação, manejo de transtornos neurocognitivos e cuidados paliativos. Oferecer supervisão e suporte para outras(os) psicólogas(os) e profissionais envolvidos no cuidado à pessoa idosa, promovendo um espaço para troca de experiências e reflexões sobre a prática profissional.

A reivindicação de espaços para a psicogerontologia nas ESF é um passo essencial para a ampliação do cuidado integral à população idosa. A presença de psicólogas(os) com expertise nessa área nas equipes multidisciplinares possibilita a elaboração de um plano de cuidado mais apropriado e humanizado, que leva em conta as particularidades do envelhecimento e as demandas específicas desse grupo. Essa abordagem se torna especialmente pertinente em um contexto em que os cuidados frequentemente são fragmentados e focados em doenças crônicas, sem considerar o impacto emocional e social que essas condições podem ocasionar.

Além disso, a ampliação dos campos de trabalho é essencial, principalmente no contexto do SUAS, onde as(os) psicólogas(os) têm a oportunidade de intervir em múltiplas dimensões que afetam a saúde mental

e o bem-estar dos cidadãos. A interseccionalidade é um conceito central nessa discussão, pois permite compreender como diferentes categorias sociais como etnia, raça, gênero e classe social, interagem e impactam as experiências de vida dos indivíduos, especialmente entre populações historicamente marginalizadas, como as comunidades indígenas e afro-brasileiras. No Brasil, a diversidade étnica é vasta, e essa pluralidade deve ser considerada nas práticas psicossociais, garantindo que as intervenções sejam sensíveis e adequadas às particularidades culturais de cada grupo.

versão consulta pública

## **EIXO 4 – FORMAÇÃO DE PSICÓLOGAS(OS) E NOVAS PERSPECTIVAS DE ATUAÇÃO JUNTO AO ENVELHECIMENTO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS**

O Brasil vive um acelerado processo de envelhecimento populacional, trazendo implicações profundas para as políticas públicas e para as profissões da saúde, incluindo a Psicologia. Esse rápido aumento da população idosa – em ritmo comparável apenas a nações de transição demográfica igualmente veloz – impõe novos desafios às redes de cuidado e exige profissionais capacitados para lidar com as especificidades do envelhecimento.

No âmbito da saúde, observa-se uma transição epidemiológica marcada pela redução de doenças infectocontagiosas e pelo predomínio de condições crônicas e degenerativas associadas à idade avançada. Tais condições demandam atenção continuada e equipes multidisciplinares, gerando maior necessidade de serviços psicológicos voltados à pessoa idosa, seja para promoção de bem-estar, manejo de perdas funcionais, suporte a cuidadores ou tratamento de transtornos mentais na velhice.

Diante desse panorama, a psicogerontologia desponta como área fundamental para responder às demandas de uma sociedade que envelhece. A atuação da(o) psicóloga(o) junto à população idosa requer competências específicas – por exemplo, compreensão do desenvolvimento ao longo da vida, adaptações de técnicas psicoterapêuticas, conhecimentos sobre demências e outras síndromes geriátricas, além de sensibilidade a aspectos éticos e culturais da velhice.

Como o envelhecimento populacional afeta a formação e prática profissional? Em essência, impõe a necessidade de repensar a formação acadêmica e a capacitação contínua das(os) psicólogas(os), de modo que esses profissionais estejam preparados para oferecer cuidados psicológicos de qualidade às pessoas idosas em diversos contextos (saúde, assistência social, instituições de longa permanência, comunidade etc.). Este eixo discute

os impactos do envelhecimento demográfico na formação em Psicologia, as lacunas atuais na preparação dos profissionais para lidar com a velhice, e apresenta perspectivas, desafios e recomendações para fortalecer a psicogerontologia no Brasil, embasadas em estudos nacionais e internacionais recentes.

### **Impacto do envelhecimento populacional na Psicologia e na formação profissional**

O aumento da longevidade e do número de pessoas idosas repercute diretamente na prática profissional da Psicologia, exigindo adaptações tanto na oferta de serviços quanto nas competências dos profissionais. Em muitos países, incluindo o Brasil, constata-se que a demanda por serviços psicológicos para idosos tem crescido exponencialmente (Gomes, Vasconcelos & Carvalho, 2021). Pessoas idosas procuram atendimento psicológico por diversos motivos – desde apoio em transtornos depressivos e ansiosos (frequentes na terceira idade) até ajuda em questões de ajustamento à aposentadoria, luto, perdas de capacidade funcional e enfrentamento de doenças crônicas. Contudo, a psicogerontologia ainda é uma área de atuação pouco difundida no país, conforme destacou Ribeiro (2015), o interesse de psicólogas(os) e estudantes pela formação nessa subárea permanece tímido, o que contrasta com a amplitude das necessidades psicológicas da população idosa. Essa disparidade resulta em escassez de profissionais especializados em envelhecimento, configurando um importante desafio.

Na prática, muitas(os) psicólogas(os) formadas(os) relatam sentir-se despreparadas(os) para atender adequadamente pacientes idosos, por não terem recebido treinamento suficiente durante a graduação. A falta de familiaridade com as particularidades do processo de envelhecimento – seja em termos de mudanças cognitivas, emocionais e sociais típicas da velhice, seja no manejo de questões como demência, depressão tardia ou luto – pode levar a intervenções menos eficazes. Além disso, visões estereotipadas sobre a velhice podem interferir negativamente na prática clínica: um estudo com psicólogas(os) que atendem idosos em ambulatórios do SUS evidenciou que estereótipos etários dos próprios profissionais podem prejudicar a condução

do processo terapêutico (Gomes, Vasconcelos & Carvalho, 2021). Em outras palavras, se a(o) psicóloga(o) encara a pessoa idosa de forma homogeneizada ou preconceituosa (por exemplo, pressupondo incapacidade, rigidez ou irrelevância do tratamento), há risco de comprometimento na aliança terapêutica e na efetividade das intervenções.

Portanto, o fenômeno do envelhecimento populacional pressiona a Psicologia em duas frentes complementares: (1) a necessidade de expandir quantitativamente a oferta de psicólogas(os) capacitadas(os) para trabalhar com idosos, nas mais diversas políticas e serviços; e (2) a necessidade de aprimorar qualitativamente a formação desses profissionais, para que desenvolvam competências específicas em psicogerontologia e adotem posturas livres de preconceito etário. Como veremos a seguir, esse segundo aspecto implica identificar e superar lacunas históricas na formação acadêmica, repensar diretrizes curriculares e promover mudanças institucionais no ensino de Psicologia.

### **Lacunas na formação acadêmica em Psicogerontologia**

Diversos estudos têm apontado lacunas importantes na formação inicial das(os) psicólogas(os) no que se refere à temática do envelhecimento. Pesquisas recentes revelam que muitos cursos de Psicologia carecem de conteúdo sobre envelhecimento em seus currículos, o que resulta em pouquíssimos profissionais interessados ou especializados nesse campo em comparação com a alta demanda existente (Brigante & Zanon, 2024). Graham e Moye (2023), ao investigarem programas de doutorado em Psicologia, constataram essa deficiência curricular e alertam que ela contribui para a baixa procura pela área de psicogerontologia, gerando um descompasso preocupante entre a oferta de psicólogas(os) qualificadas(os) e as necessidades psicológicas crescentes da população idosa. Em outras palavras, a ausência de disciplinas e conteúdos sobre o envelhecimento humano durante a graduação tem impacto direto na pouca atratividade e valorização da psicogerontologia como campo de atuação profissional.

Uma análise dos currículos de cursos de Psicologia em universidades do Rio Grande do Sul, por exemplo, identificou que apenas sete instituições ofertavam disciplinas específicas sobre o envelhecimento humano na graduação em Psicologia (Agliardi, Areosa & Graeff, 2019). Embora haja variações regionais, o panorama geral é de que os conteúdos relativos à velhice ainda recebem abordagem mínima ou fragmentada nos cursos de Psicologia. Frequentemente, o tema surge de modo pontual em alguma disciplina (como Psicologia do Desenvolvimento ou Psicopatologia) ou em atividades optativas, ao invés de constituir um eixo estruturante da formação. Há tempos que o Brasil que envelhece está despreparado para atender a essa demanda e necessita incorporar a psicogerontologia na formação dos profissionais de saúde e cuidado.

Os efeitos dessa formação insuficiente repercutem no mercado e na atuação profissional. Muitos egressos reportam dificuldades para se inserir em campos relacionados ao atendimento de pessoas idosas, tanto por falta de conhecimento específico quanto pela insegurança em manejar casos geriátricos. Tal insegurança pode levar recém-formados a evitarem oportunidades de trabalho com essa população ou, quando atuam, a reproduzirem práticas inadequadas (por exemplo, infantilizando o(a) idoso(a) ou subestimando seu potencial de melhora). Vale lembrar que competência técnica e demonstração de competência são aspectos distintos, porém complementares: ter conhecimento e habilidades é importante, mas saber comunicar isso de forma segura e empática ao paciente idoso é igualmente importante para estabelecer confiança mútua. Sem uma formação sólida, o profissional pode ter dificuldade em ambos os aspectos.

Em resumo, há um consenso emergente de que o currículo dos cursos de Psicologia ainda não acompanhou adequadamente a transição demográfica em curso. As lacunas formativas – seja na teoria, na prática ou na sensibilização contra preconceitos – contribuem para a manutenção de um círculo vicioso: poucas(os) psicólogas(os) se especializam em gerontologia e/ou em psicogerontologia, a área permanece marginal nos currículos e, assim, continua pouco atrativa para novos profissionais. No próximo tópico,

discutiremos como as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) da Psicologia se relacionam com esse cenário e de que forma elas poderiam orientar uma formação mais crítica, generalista e inclusiva sobre o envelhecimento.

### **Diretrizes Curriculares Nacionais - DCNs e a necessidade de uma formação crítica e inclusiva sobre o envelhecimento**

As DCNs para os cursos de graduação em Psicologia no Brasil estabelecem, desde 2004 (atualizadas em 2011), que a formação da(o) psicóloga(o) deve ter caráter generalista, humanista, crítico e reflexivo. Isso significa formar profissionais capazes de atuar nos diversos contextos e etapas do ciclo vital, integrando conhecimentos de diferentes abordagens teóricas e comprometidos com a promoção da saúde e da qualidade de vida. Em linhas gerais, as DCNs recomendam ênfases curriculares focadas em competências de prevenção e intervenção em nível individual e coletivo, junto a indivíduos, grupos, instituições e comunidades. Nesse espírito generalista e plural, seria de se esperar que a temática do envelhecimento estivesse contemplada de forma transversal na formação em Psicologia, dado que o envelhecimento é uma etapa universal da vida humana e hoje representa um campo prioritário de atuação profissional.

Na prática, entretanto, verifica-se que os currículos de Psicologia nem sempre refletem as orientações das DCNs no que tange ao envelhecimento. Conforme apontado em editorial da Revista Psicologia: Ciência e Profissão, algumas perspectivas científicas permanecem restritas ou ausentes na grade curricular da maioria dos cursos, e a psicogerontologia é citada entre essas lacunas (Cruz, 2016). Ou seja, apesar de a formação generalista preconizada pelas DCNs pressupor conhecimentos amplos (incluindo diferentes faixas etárias, da infância à velhice), o tema do envelhecimento, muitas vezes, não recebe a devida atenção no projeto pedagógico dos cursos. Essa fragmentação do ensino sobre envelhecimento – quando existente, ocorre de forma pontual e sem continuidade ao longo do curso – dificulta o desenvolvimento de uma visão integrada do processo de envelhecer por parte das(os) futuras(os) psicólogas(os).

Uma pesquisa sobre currículos do ensino superior em saúde e humanidades corrobora essa constatação: as instituições de ensino superior vêm lentamente incorporando o assunto do envelhecimento, mas os planos de ensino analisados revelam lacunas significativas e se mostram distantes da real necessidade da sociedade. Ainda que as DCNs sirvam como orientação e recomendação para incluir o envelhecimento nos currículos, elas por si só não têm sido suficientes para impulsionar mudanças efetivas na formação inicial dos profissionais (Agliardi, Areosa & Graeff, 2019). Em outras palavras, há um gap entre a diretriz formal e a implementação concreta: as DCNs apontam para uma formação inclusiva e abrangente, porém muitos cursos não operacionalizam essas diretrizes no tocante à educação gerontológica.

É importante destacar que uma formação crítica e inclusiva sobre envelhecimento não se resume à inserção de uma disciplina isolada sobre velhice. Implica, além disso, estimular nos estudantes uma postura reflexiva sobre os estereótipos etários, uma compreensão da pessoa idosa como sujeito de direitos e portadora de singularidades, e a capacidade de analisar contextos sociais e políticas públicas relacionados à pessoa idosa. Esse enfoque crítico é coerente com a Psicologia enquanto profissão comprometida com a transformação social e a promoção da cidadania em todas as faixas etárias. As DCNs de Psicologia enfatizam a articulação teoria-prática e a formação ético-política da(o) psicóloga(o); logo, incluir conteúdos de psicogerontologia de forma transversal atenderia não apenas a uma demanda técnica (preencher lacunas de conhecimento), mas também a uma demanda ética: formar psicólogas(os) preparadas(os) para combater o etarismo e contribuir para uma sociedade que valoriza todas as idades.

Em suma, alinhar os currículos de Psicologia às DCNs implica reconhecer o envelhecimento populacional como um eixo temático relevante e atual. Os próximos tópicos abordarão como a fragmentação atual do ensino sobre envelhecimento impacta a prática profissional e quais estratégias vêm sendo propostas para superar esses desafios curriculares.

## **Fragmentação do ensino sobre envelhecimento e seus efeitos na prática profissional**

A forma fragmentada ou superficial com que o tema do envelhecimento vem sendo abordado na graduação tem impactos diretos na qualidade da prática profissional da(o) psicóloga(o) diante das pessoas idosas. Quando o currículo não proporciona uma visão abrangente do processo de envelhecimento – incluindo aspectos biopsicossociais da velhice, políticas públicas voltadas a essa população, técnicas de avaliação e intervenção adequadas à faixa etária etc. –, o profissional tende a entrar no mercado com brechas formativas importantes. Muitas vezes, o recém-formado teve contato apenas tangencial com questões da terceira idade, por exemplo em um estudo de caso pontual ou numa referência teórica breve em sala, sem vivenciar uma disciplina específica ou um estágio estruturado na área. Como resultado, ao se deparar com situações reais no contexto profissional (seja em uma clínica, hospital, ILPIs ou CRAS/CREAS), ele pode sentir falta de recursos conceituais e práticos para atuar com segurança e eficácia.

Um dos efeitos observáveis dessa formação insuficiente é o uso inadvertido de estereótipos ou preconceitos etários na prática. Sem uma discussão aprofundada durante a formação, alguns mitos sobre a velhice podem permanecer no imaginário do profissional – por exemplo, a ideia de que “pessoas idosas são todas deprimidas e resistentes à terapia” ou que “não vale a pena investir em psicoterapia na velhice porque é tarde demais para mudanças”. Tais concepções equivocadas podem levar a(o) psicóloga(o) a desvalorizar a própria área de atuação com essa faixa etária, evitando atendê-los ou não se dedicando ao máximo quando o faz.

Estudos mostram que intervenções educativas podem reduzir o preconceito etário e melhorar o conhecimento sobre pessoas idosas, preparando melhor os estudantes de Psicologia para desafiar o idadismo e oferecer um cuidado mais efetivo e compassivo aos idosos (Kleissner et al., 2023). Ou seja, a educação é uma ferramenta fundamental para desconstruir visões estereotipadas: é através dela que futuras(os) psicólogas(os) podem aprender a ver o mundo sem preconceitos e adquirir uma perspectiva

diferenciada acerca da pessoa idosa, respeitando suas potencialidades e limitações. Quando essa educação não ocorre de forma consistente, o risco é perpetuar, ainda que involuntariamente, atitudes idadistas na prática profissional.

Além disso, a falta de integração do tema envelhecimento no currículo traz implicações na continuidade do cuidado psicológico ao longo do ciclo de vida. Idealmente, as(os) psicólogas(os) deveriam estar aptos a atender indivíduos em todas as fases, adaptando suas abordagens conforme a etapa de desenvolvimento. Se a velhice é negligenciada na formação, cria-se uma disjunção na visão de ciclo vital do profissional – como se após a idade adulta média o sujeito deixasse de ser foco da Psicologia. Isso contraria a própria perspectiva lifespan (do curso de vida) desenvolvida na Psicologia do Desenvolvimento, a qual enfatiza que o desenvolvimento humano e as mudanças psicológicas ocorrem do nascimento até a morte.

Conforme Baltes e colaboradores propuseram na teoria do lifespan, o desenvolvimento na velhice é caracterizado tanto por ganhos quanto por perdas, e envolve alta variabilidade interindividual. Se a psicóloga desconhece esses pressupostos, pode incorrer no erro de homogeneizar as pessoas idosas ou tratá-las apenas pelo viés do declínio, o que leva a intervenções ineficazes e desperdício de recursos de saúde (Ribeiro, 2015).

Em síntese, a fragmentação ou ausência do ensino de psicogerontologia nos currículos resulta em prejuízos duplos: limita as habilidades técnicas dos profissionais (por não fornecer ferramentas e conhecimento atualizados sobre o cuidado às pessoas idosas) e deixa de instilar neles uma atitude empática e livre de preconceitos em relação à velhice (Falcão, Ferreira & Araújo, 2023). Para mitigar esses efeitos, é fundamental repensar a estrutura curricular, conforme discutiremos adiante, incluindo estágios e conteúdos específicos que permitam uma formação mais completa e integrada sobre o envelhecimento.

### **Perspectivas e desafios para a inclusão de conteúdos e estágios em Psicogerontologia**

Diante do reconhecimento das lacunas existentes, educadores e órgãos de classe têm apontado perspectivas e propostas para incluir mais conteúdos e práticas em psicogerontologia tanto na graduação quanto na pós-graduação. Uma das estratégias centrais discutidas é a implementação de estágios supervisionados voltados ao atendimento de pessoas idosas durante a formação das(os) psicólogas(os). A vivência prática junto a essa população, orientada por supervisores experientes, proporciona aos estudantes um contato real com as demandas da velhice, ajudando-os a desenvolver habilidades de comunicação e intervenção adequadas.

Woodhead e Yochim (2022) argumentaram que conhecer o desenvolvimento adulto tardio e o envelhecimento facilita a compreensão dos casos e o planejamento de tratamentos, contextualizando os desafios apresentados pelos idosos. Seguindo essa lógica, ampliar as oportunidades de estágio em contextos gerontológicos (como Instituições de Longa Permanência, centros-dia, unidades básicas com programas para idosos, clínicas de memória, grupos de terceira idade etc.) é essencial para formar profissionais mais confiantes e interessados na área.

Evidências sugeriram que a experiência prática durante a formação é fundamental para aumentar a confiança e o interesse dos jovens profissionais em trabalhar com pessoas idosas, contribuindo para reduzir a escassez de mão de obra especializada no setor. Em um estudo longitudinal, Karel et al. (2016) observaram que psicólogas(os) que tiveram treinamento prático e supervisão em psicogerontologia durante a formação mostraram-se mais propensos a seguir carreira atendendo idosos, sentindo-se mais competentes para tal. Isso indica que a inserção de estágios em psicogerontologia não beneficia apenas os alunos em termos de aprendizado imediato, mas funciona como investimento na próxima geração de profissionais que atenderão a população idosa.

Apesar dessas evidências, um desafio a superar é a oferta limitada de campos de estágio específicos e de supervisores com expertise na temática do envelhecimento – reflexo, em parte, da própria carência de especialistas no país. Universidades e conselhos profissionais precisam fomentar

convênios e programas que facilitem essa inserção prática, talvez por meio de projetos de extensão universitária, residências multiprofissionais em saúde da pessoa idosa, ou parcerias com instituições de atendimento gerontológico (Falcão, no prelo).

Outro aspecto importante é a inclusão de conteúdos teóricos atualizados sobre envelhecimento ao longo do currículo. Isso pode se dar pela criação de disciplinas específicas de psicogerontologia (optativas ou, idealmente, obrigatórias) e/ou pela transversalidade do tema em disciplinas já existentes. Por exemplo, em Psicopatologia poderia haver um módulo sobre transtornos mentais na terceira idade; em Psicologia Social, discutir a posição da pessoa idosa na sociedade e fenômenos como o etarismo; em Testes e Medidas, incluir instrumentos validados para avaliação cognitiva de idosos, e assim por diante.

Algumas iniciativas isoladas mostram que é possível enriquecer o currículo dos cursos de graduação em Psicologia. Em algumas universidades brasileiras, tais como, UFRB, FURG, UEPB, UERJ, UFDPAr e PUC-SP, por exemplo, a grade curricular já contém disciplinas voltadas ao processo de envelhecimento e velhice. Ainda assim, reconhece-se a necessidade de ampliar e aprofundar o tema, eventualmente por meio de um Núcleo especializado que subsidie a formação das(os) futuras(os) psicólogas(os). Essa ideia de núcleos ou laboratórios específicos na área da Psicologia do Envelhecimento é uma das perspectivas para fortalecer o tema dentro das universidades, agregando docentes especializados, promovendo pesquisas e ofertando atividades acadêmicas (grupos de estudo, eventos, cursos de curta duração) focadas em psicogerontologia.

Na pós-graduação, notam-se avanços graduais: já existem cursos de especialização (*lato sensu*) em psicogerontologia em algumas instituições, bem como linhas de pesquisa *stricto sensu* dedicadas ao envelhecimento. O desafio, porém, é atrair egressos da graduação para esses programas. Aqui entra a importância de estimular desde cedo o interesse dos estudantes pela área, por meio de ligas acadêmicas, projetos de iniciação científica e a própria vivência positiva nos estágios. Ademais, a falta de reconhecimento formal da

psicogerontologia como especialidade (tema que será discutido a seguir) pode desestimular alguns profissionais a investirem nessa capacitação, por não vislumbrar retorno em termos de título reconhecido. Superar essa barreira passa tanto por mudanças na regulamentação profissional quanto pela conscientização das(os) psicólogas(os) de que, independentemente de título, a competência para atender pessoas idosas é um diferencial necessário num país que envelhece (Falcão, no prelo).

Em síntese, as perspectivas para incluir conteúdos e estágios em psicogerontologia envolvem um conjunto de ações integradas: reformulação curricular, capacitação de docentes e supervisores, articulação com serviços de saúde e assistência onde haja idosos, e políticas institucionais que incentivem a formação nessa área emergente. Tais medidas, se implementadas, alinham-se ao princípio de garantir que a formação em Psicologia seja responsiva às demandas sociais contemporâneas – e poucas demandas são tão evidentes hoje quanto preparar-se para atender com qualidade a população idosa (Falcão, no prelo).

### **Estereótipos etários e o idadismo na desvalorização da área**

Um fator transversal que permeia muitos dos desafios já mencionados é a presença de estereótipos etários e do idadismo (etarismo) na cultura, os quais acabam por influenciar também o campo profissional e acadêmico da Psicologia. Em nossa sociedade, ainda prevalecem visões associando a velhice exclusivamente a declínio, doença, incapacidade ou inutilidade. Esses estereótipos negativos não apenas afetam a autoestima e a saúde das próprias pessoas idosas, mas contribuem para a desvalorização das atividades profissionais voltadas a essa faixa etária. Na Psicologia, isso se reflete, por exemplo, na menor procura pela especialização em gerontologia ou na ideia, por parte de alguns estudantes, de que trabalhar com idosos seria “menos interessante” ou “menos dinâmico” do que atuar com jovens ou adultos.

É importante reconhecer que tais percepções são construídas socialmente e podem (devem) ser desconstruídas no ambiente de formação.

Contudo, se o currículo não enfrenta o tema do etarismo de forma explícita, as(os) futuras(os) psicólogas(os) podem terminar o curso sem jamais terem refletido criticamente sobre seus próprios preconceitos em relação à idade. Inserir debates sobre estereótipos etários, mitos do envelhecimento e direitos da pessoa idosa na graduação é uma estratégia fundamental para combater o etarismo na raiz. Pesquisas indicaram que intervenções educacionais – como disciplinas de gerontologia, contato intergeracional planejado, ou mesmo workshops temáticos – têm efeito positivo na redução de preconceitos e na melhora de atitudes em relação aos idosos (Kleissner et al., 2023). Embora a simples aquisição de conhecimento não garanta a mudança de atitudes, a educação fornece a base cognitiva para que, combinada a experiências práticas e reflexões guiadas, ocorra uma transformação mais profunda na visão dos profissionais da Psicologia.

Um dos efeitos insidiosos do idadismo dentro da profissão é justamente a desvalorização da psicogerontologia como campo de atuação. Se inconscientemente o profissional atribui menos importância à qualidade de vida da pessoa idosa ou acredita que “não há muito a se fazer” na velhice, ele tenderá a investir menos nessa área. Isso gera um círculo vicioso: poucos profissionais engajados acabam por reforçar a ideia de que não há espaço ou reconhecimento, afastando novos interessados. Quebrar esse ciclo exige trazer à tona exemplos positivos e ressignificar a imagem da velhice no imaginário dos estudantes.

É preciso enfatizar, na formação, que a intervenção psicológica na velhice pode ser extremamente gratificante e efetiva – pessoas idosas podem se beneficiar de terapia cognitivo-comportamental para depressão, de reabilitação cognitiva em estágios iniciais de demência, de grupos de apoio que promovem vínculo social, entre inúmeras outras possibilidades. Vale ressaltar que o idadismo pode se manifestar de forma institucionalizada, não apenas nas atitudes individuais. Por exemplo, a ausência do tema envelhecimento nas políticas curriculares já pode ser vista como reflexo de uma priorização menor dada a essa temática em relação a outras. Daí a importância de incidirmos em nível institucional e político, como discutiremos

nas recomendações finais: criar mecanismos que tornem obrigatório ou pelo menos fortemente recomendável o ensino sobre envelhecimento, sinalizando seu status de relevância equivalente a outras áreas tradicionais da Psicologia (infância, adolescência, saúde mental geral etc.).

A Subcomissão Envelhecimento da Subsede Campinas do CRP de São Paulo (CRP06/SP), em parceria com o CREPOP, realizou em 2024 uma investigação sobre o impacto do envelhecimento na prática profissional de psicólogas(os) com 60 anos ou mais. O estudo teve como objetivo entender os desafios e oportunidades enfrentados por esses profissionais, considerando o aumento da expectativa de vida e o envelhecimento populacional (Guarido et al., no prelo).

A pesquisa alcançou respostas de psicólogas(os) nas cidades de Campinas, Jundiaí, Piracicaba e Rio Claro, além de outros municípios da região. A maioria dos participantes estava na faixa etária de 60 a 64 anos (49%), seguidos por 31% entre 65 e 69 anos e 20% com 70 anos ou mais. O gênero feminino representou 74% das respostas, refletindo a predominância de mulheres na profissão. O preconceito etário, definido como discriminação com base na idade, foi identificado como um dos principais obstáculos para a permanência no mercado de trabalho. Psicólogas(os) com 60 anos ou mais relataram dificuldade para reinserção no mercado, estigmatização em processos seletivos e limitações para ascensão profissional. Entre os impactos negativos, destacam-se: interrupção do desenvolvimento profissional, prejuízos à saúde mental (ansiedade, estresse e baixa autoestima) e dificuldades financeiras decorrentes da perda de espaço no mercado de trabalho.

Em conclusão, combater os estereótipos etários e o preconceito geracional é parte integrante do esforço de valorização da psicogerontologia. Isso passa pela formação de psicólogas(os) socialmente conscientes, que reconheçam o idoso como cidadão pleno e se empenhem em prestar serviços qualificados, contribuindo para “desmistificar a velhice” e promover uma cultura de respeito intergeracional. A superação do idadismo beneficiará não apenas a população idosa – com atendimento mais digno e eficaz – mas

também a própria Psicologia, que se afirmará como profissão verdadeiramente para todas as idades.

### **Psicogerontologia: importância do campo emergente e reconhecimento profissional**

A **psicogerontologia** vem se consolidando internacionalmente como um campo emergente de grande importância, diante da necessidade de compreender e intervir nos processos psicológicos do envelhecimento. Entidades como a APA já publicaram guidelines específicos para a prática com adultos mais velhos (APA, 2014) e reconhecem a Psicologia como uma especialidade dentro da Psicologia Clínica e da Saúde. Esses avanços refletem a maturidade da área e a evidência acumulada de que idosos apresentam demandas psicológicas específicas que requerem conhecimentos e técnicas especializadas – desde a avaliação neuropsicológica de declínios cognitivos até abordagens terapêuticas adaptadas à fase da vida, passando pela consultoria a cuidadores e equipes de cuidados paliativos. No Brasil, a psicogerontologia ainda caminha em direção a esse reconhecimento formal.

Como dito anteriormente, um marco recente foi a criação da ABPsiGero, que reúne profissionais e pesquisadores empenhados em fortalecer a área. Essa mobilização sinaliza que a comunidade psicológica está atenta à lacuna existente e disposta a atuar para supri-la. Contudo, um ponto crítico que permanece é a ausência de reconhecimento formal da psicogerontologia como especialidade pelo CFP. Atualmente, o CFP regulamenta 13 especialidades em Psicologia (conforme a Resolução CFP nº 23/2022), incluindo áreas como Psicologia Clínica, Psicologia da Saúde, Neuropsicologia, Psicologia Organizacional, entre outras. Psicogerontologia – ou qualquer denominação relacionada a Psicologia do Envelhecimento – não figura nessa lista oficial de especialidades. Isso significa que não há, por exemplo, um título de “especialista em Psicogerontologia” reconhecido pelo Conselho, nem exames ou critérios estabelecidos para obtê-lo. Na prática, psicólogas(os) podem atuar com pessoas idosas (assim como atuam em qualquer área após a graduação), mas não podem divulgar-se formalmente

como “psicogerontólogos” reconhecidos, nem há referência a essa competência específica em seus registros profissionais.

A falta de reconhecimento formal acarreta alguns desdobramentos. Por um lado, dificulta a visibilidade da área – tanto para as(os) próprias(os) psicólogas(os) (que não veem na psicogerontologia um caminho de especialização com status semelhante às demais), quanto para outras categorias e para a sociedade, que podem não identificar de forma evidente o papel da(o) psicóloga(o) junto à pessoa idosa. Por outro lado, inibe a criação de referências normativas e diretrizes nacionais específicas: se houvesse a especialidade, provavelmente o CFP e os Conselhos Regionais produziriam resoluções, referências técnicas ou comissões voltadas ao tema (a exemplo do que existe para Psicologia Hospitalar, Avaliação Psicológica etc.). A ausência desse enquadramento formal deixa a área um pouco “órfã” no âmbito regulatório, contando mais com iniciativas isoladas de grupos acadêmicos, publicações e eventos para se sustentar (Falcão, no prelo).

É importante destacar que a busca pelo reconhecimento não é meramente corporativista; trata-se de uma estratégia para assegurar qualidade e ética na atuação. Com uma especialidade reconhecida, poder-se-iam estabelecer critérios de formação (por exemplo, exigência de determinada carga horária em cursos de pós-graduação ou experiência supervisionada) para que a(o) psicóloga(o) se intitule psicogerontóloga(o). Isso ajudaria a garantir que quem atua com pessoas idosas tenha, de fato, preparo adequado, protegendo o público idoso de práticas amadoras. Adicionalmente, o reconhecimento formal traria prestígio e incentivo – profissionais teriam mais motivação para buscar capacitação e título na área, fortalecendo a massa crítica de especialistas disponíveis (Falcão, no prelo).

Enquanto esse reconhecimento não se concretiza, recomenda-se que as(os) psicólogas(os) interessadas(os) em psicogerontologia busquem por conta própria qualificação (cursos, especializações, participação em grupos de estudo) e acompanhem as produções técnicas existentes, como manuais e referências do CFP que tangenciam a temática (por exemplo, documentos

sobre violência contra a pessoa idosa, sobre atuação em contextos hospitalares – onde muitos pacientes são pessoas idosas –, etc.).

### **Propostas para inclusão do tema nos currículos e na formação continuada**

Diversas propostas concretas emergem da literatura e de fóruns profissionais para melhorar a preparação das(os) psicólogas(os) em relação ao envelhecimento, integrando o tema nos currículos acadêmicos e fortalecendo a formação continuada dos que já atuam. Com base nas evidências discutidas, destacam-se as seguintes ações recomendadas:

- Incluir disciplinas obrigatórias ou conteúdos programáticos mínimos sobre Psicologia do Envelhecimento na graduação: as instituições de ensino poderiam implementar, por exemplo, uma disciplina específica de psicogerontologia (abrangendo teorias do envelhecimento, mudanças cognitivas e emocionais na velhice, psicopatologia geriátrica, técnicas de intervenção, políticas da pessoa idosa etc.). Alternativamente ou cumulativamente, garantir que disciplinas já existentes introduzam módulos sobre a temática (como desenvolvimento da pessoa adulta e idosa, saúde mental na velhice etc.). Essa inclusão curricular deve ser pensada de forma a evitar a fragmentação, integrando teoria e prática e articulando-se com outras matérias. Como concluiu uma pesquisa curricular, é “imperativo” que o ensino seja concebido como um projeto orgânico abrangendo todas as idades, “do materno-infantil à velhice”, articulando conhecimentos de Geriatria e Gerontologia de maneira interdisciplinar.
- Expandir as oportunidades de estágio e prática supervisionada em contextos gerontológicos: conforme discutido, a experiência prática é insubstituível para desenvolver habilidades e interesse. As universidades devem buscar convênios com serviços (hospitais geriátricos, clínicas de memória, ILPIs, centros de convivência etc.) para recebimento de estagiários de Psicologia. Além disso, a criação

de serviços-escola especializados em atendimento a idosos (nos moldes das clínicas-escola de Psicologia tradicionais) pode ser cogitada. Quando a inserção direta em serviços reais for complexa, projetos de extensão universitária envolvendo grupos de pessoas idosas da comunidade podem servir como espaço de prática para os estudantes, sempre com supervisão qualificada.

- Formação e capacitação de docentes e supervisores: não se pode incluir conteúdo ou estágio sem ter quem ministre ou supervise com qualidade. Portanto, as instituições de ensino precisam investir na capacitação de seus professores em temas de Psicoerontologia. Isso pode envolver contratação de docentes com experiência na área, incentivo para que docentes atuais façam cursos ou estágios pós-doutorais em envelhecimento, e promoção de eventos internos de sensibilização. Parcerias com outras áreas (por exemplo, Geriatria, Gerontologia) também enriquecem a formação dos docentes de Psicologia, dado o caráter multidisciplinar do envelhecimento.
- Inserção do tema do envelhecimento em programas de treinamento e educação continuada para psicólogas(os) formados: os CRPs, assim como sociedades científicas, podem oferecer cursos de aperfeiçoamento, workshops e eventos sobre psicogerontologia voltados a profissionais já atuantes que queiram se atualizar. Considerando que muitas(os) psicólogas(os) formados nas últimas décadas não tiveram esse conteúdo na graduação, a educação continuada é fundamental para reciclagem e atualização. Programas de residência multiprofissional em saúde da pessoa idosa (que já existem em algumas instituições) são outra via para capacitar psicólogas(os) recém-formadas(os) num contexto prático intensivo.
- Desenvolvimento de materiais didáticos e referências técnicas: a produção de livros-texto, manuais e diretrizes nacionais sobre psicogerontologia é uma estratégia que complementa as anteriores. Por exemplo, a presente Referência Técnica, fornece um norte

conceitual e prático aos profissionais, além de sinalizar institucionalmente a relevância do tema. Felizmente, já há um acúmulo considerável de literatura científica brasileira sobre envelhecimento e Psicologia, o que facilita compilar conhecimentos atualizados.

- Sensibilização e informação desde os períodos iniciais do curso: algumas propostas destacam a importância de, já nos primeiros anos da graduação, expor os estudantes à temática do envelhecimento para despertar vocações. Isso pode ser feito com palestras de profissionais atuantes em psicogerontologia, apresentação de filmes/documentários seguidos de debate sobre velhice, e até encontros intergeracionais promovidos pela universidade (como feiras ou programas onde os alunos interajam com grupos de idosos). Essas iniciativas ajudam a quebrar preconceitos e mostrar, na prática, a heterogeneidade e a experiência de vida dos mais velhos.

Todas essas propostas visam não somente suprir um déficit de conteúdo, mas transformar a cultura formativa da Psicologia para que ela integre a velhice como parte natural e importante de seu escopo. O sucesso de tais mudanças demanda vontade política das instituições de ensino, apoio dos órgãos regulamentadores e envolvimento dos estudantes e profissionais que percebem a urgência do tema. No próximo item, abordaremos recomendações mais amplas, incluindo políticas institucionais e intersetoriais, que podem sustentar e ampliar essas iniciativas educacionais.

### **Recomendações de políticas institucionais, educacionais e intersetoriais**

A promoção de uma formação adequada em psicogerontologia não depende apenas de ajustes internos nos currículos universitários, mas também de políticas amplas e ações articuladas entre diferentes setores. Seguem algumas recomendações nesse sentido, alinhadas com documentos oficiais e evidências científicas atuais:

- Políticas institucionais na educação superior: o Ministério da Educação, por meio das DCNs e das avaliações de cursos (como o Enade e os instrumentos de reconhecimento de cursos), pode induzir a inclusão do tema envelhecimento. Recomenda-se que as próximas revisões das Diretrizes Curriculares de Psicologia explicitem a necessidade de abordar o ciclo vital completo, incluindo conteúdos sobre o processo de envelhecimento e velhice. As universidades, por sua vez, devem incorporar nos seus Projetos Pedagógicos de Curso (PPC) objetivos de aprendizagem relacionados à psicogerontologia, garantindo recursos (carga horária, professores qualificados) para cumpri-los. Fóruns nacionais de coordenadores de curso e eventos como os Encontros Nacionais de Ensino em Psicologia podem ser espaços para compartilhar boas práticas e construir consensos sobre a importância da temática.
- Políticas dos Conselhos de Psicologia: o Sistema Conselhos (CFP e CRPs) tem um papel fundamental de liderança técnica e política. Recomenda-se que seja instituído um grupo de trabalho permanente sobre Psicologia e Envelhecimento em nível federal, encarregado de propor ações como: campanhas de sensibilização (por exemplo, durante o Dia Mundial de Conscientização da Violência contra a Pessoa Idosa, 15 de junho, destacar o papel das(os) psicólogas(os) na proteção às pessoas idosas), eventos científicos (congressos, seminários) e incentivos à produção de pesquisas na área. Ademais, o CFP poderia avaliar a viabilidade de reconhecer formalmente a especialidade de psicogerontologia, ou ao menos credenciar cursos de especialização *latu sensu* nessa área, conferindo-lhes chancela de qualidade. Tal medida daria respaldo a profissionais e fortaleceria a identidade da área.
- Políticas intersetoriais na saúde e assistência social: a formação profissional também responde a demandas concretas do mercado de trabalho. Portanto, é importante que as políticas de saúde e

assistência contemplem a inserção da(o) psicóloga(o) nas equipes de atenção à pessoa idosa. O SUS, através da PNSPI e das redes de atenção, deveria ampliar vagas e financiamento para profissionais de Psicologia em serviços voltados aos idosos (NASF-AB/Analistas de apoio nas UBS, centros de referência do idoso, hospitais geriátricos, cuidados paliativos etc.). Da mesma forma, no SUAS, incrementar a presença de psicólogas(os) nos CREAS e nas proteções sociais básica e especial para atender questões de idosos (violência, isolamento etc.). Essa maior oferta de postos de trabalho funcionaria como estímulo para que mais psicólogas(os) busquem a formação psicogerontológica, numa relação virtuosa entre educação e empregabilidade. Além disso, recomenda-se ações intersetoriais integrando saúde, assistência, educação e direitos humanos para lidar com problemas complexos associados ao envelhecimento – por exemplo, programas de preparação para aposentadoria (envolvendo psicólogas(os) organizacionais e clínicos), projetos de educação ao longo da vida (universidades abertas à terceira idade), ações de combate ao etarismo na mídia e nas comunidades, entre outros. Tais programas, ao envolverem psicólogas(os), geram demanda por profissionais qualificados e, portanto, reforçam a importância de uma formação adequada.

- Financiamento de pesquisas e formação: agências de fomento (CNPq, Capes, FAPs estaduais) devem ser incentivadas a criar linhas específicas de financiamento para pesquisas em Psicologia do Envelhecimento e para bolsas de estudo de pós-graduação na área. Produzir ciência de qualidade sobre temas como cognição na velhice, intervenções psicológicas eficazes para idosos, prevenção de declínio funcional, entre outros, não só enriquece o corpo de conhecimento disponível para ser ensinado na graduação, como também eleva o patamar da prática baseada em evidências. Além disso, investir na formação de pesquisadores e docentes em

psicogerontologia garantirá a sustentabilidade da área no longo prazo, criando massa crítica de formadores comprometidos.

- Articulação com políticas públicas de envelhecimento: é fundamental alinhar as propostas de formação das(os) psicólogas(os) com os marcos legais e políticas existentes para a população idosa. O Brasil conta com o Estatuto da Pessoa Idosa (Lei 10.741/2003) e com a Política Nacional do Idoso (Lei 8.842/1994), que asseguram direitos e diretrizes de atenção aos mais velhos. Essas políticas reconhecem a importância de garantir cuidado integral, incluindo saúde mental, e reforçam princípios como a prioridade no atendimento ao idoso. Portanto, as recomendações de formação devem dialogar com esses instrumentos – por exemplo, incluir nos currículos a abordagem da legislação do idoso, noções de previdência social, rede de serviços disponíveis etc., capacitando a(o) psicóloga(o) a atuar também como agente de direitos. Em nível local, conselhos municipais e estaduais do idoso poderiam trabalhar em parceria com universidades e CRPs para mapear demandas regionais e adequar a formação às realidades específicas (há regiões com maior porcentagem de idosos, como o RS, que podem demandar foco maior).

Em suma, as recomendações sinalizam uma estratégia multinível: nas instituições de ensino, nas entidades de classe e nas políticas públicas mais amplas. Somente com ações coordenadas nesses diferentes âmbitos será possível efetivar a transformação necessária na formação psicológica, de modo que ela acompanhe as mudanças demográficas e contribua para uma sociedade que envelhece com saúde, dignidade e suporte psicológico adequado (Falcão, no prelo).

### **Considerações finais**

O envelhecimento populacional é um fenômeno irreversível e inédito em sua escala e velocidade, trazendo consigo tanto desafios quanto

oportunidades para a Psicologia. Este eixo examinou como tal fenômeno impacta a formação e a prática profissional da(o) psicóloga(o), evidenciando importantes lacunas na preparação acadêmica em psicogerontologia e necessidades urgentes de reformulação curricular e institucional. Enquanto a demanda por serviços psicológicos para idosos cresce, impulsionada por condições crônicas, aumento da longevidade e políticas de garantia de direitos, a oferta de profissionais qualificados ainda não acompanha esse ritmo – reflexo de currículos que historicamente marginalizaram o tema do envelhecimento. Identificamos que conteúdos e estágios sobre velhice são escassos ou fragmentados na graduação, resultando em profissionais inseguros e, não raramente, influenciados por estereótipos etários que podem comprometer a qualidade do cuidado.

Por outro lado, também destacamos perspectivas promissoras e iniciativas em curso para enfrentar esse cenário. A psicogerontologia, embora ainda não formalmente reconhecida como especialidade pelo CFP, vem ganhando espaço como campo emergente, com produção científica robusta, eventos nacionais e mobilização de associações profissionais. Estudos nacionais e internacionais fornecem diretrizes objetivas: é preciso integrar o envelhecimento de forma transversal na formação da(o) psicóloga(o), desde os primeiros anos da graduação até a educação continuada, desenvolvendo competências técnicas e uma atitude crítica e empática em relação à pessoa idosa. A implementação de estágios específicos, disciplinas dedicadas, capacitação de professores e incentivo à pesquisa na área surgem como elementos-chave para reverter as lacunas atuais.

Além disso, enfatizamos que a melhoria da formação em psicogerontologia deve ser entendida num contexto maior de políticas intersetoriais. A articulação entre instituições de ensino, conselhos profissionais e políticas de saúde/assistência é fundamental para criar um ambiente favorável – onde existam tanto a demanda como os meios para supri-la com qualidade. Combatendo o etarismo e valorizando a contribuição das pessoas idosas na sociedade, a Psicologia afirma seu compromisso social e amplia seu campo de atuação de maneira ética e inclusiva.

Concluindo, formar psicólogas(os) aptos a lidar com o envelhecimento não é apenas responder a uma necessidade quantitativa do mercado; é, acima de tudo, afirmar um posicionamento da profissão, que enxerga valor e potencial em todas as etapas da vida. Investir em psicogerontologia significa preparar profissionais para promover saúde mental, autonomia e qualidade de vida na velhice – algo que beneficia gerações atuais e futuras, num país que se torna a cada dia mais longo. As recomendações apresentadas servem como um caminho para que universidades, órgãos reguladores e governos possam, juntos, construir uma formação psicológica alinhada a essa nova realidade demográfica, garantindo que a Psicologia continue relevante e eficaz em seu propósito maior: compreender e auxiliar o ser humano em toda a sua plenitude e diversidade.

versão consulta pública

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABOU-SALEH, Mohammed T.; KATONA, Cornelius L. E.; KUMAR, Anand (Org.). **Principles and practice of geriatric psychiatry**. 3. ed. Chichester: Wiley-Blackwell, 2011.

**ABPSIGERO**. Associação Brasileira de Psicologia e Gerontologia, [2025]. Disponível em: <https://abpsigero.org.br/>. Acesso em: 16/05/2025.

ACHENBAUM, W. A. **Crossing frontiers: Gerontology emerges as a science**. Cambridge, Inglaterra: Cambridge University Press, 1995.

AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Anvisa). **RESOLUÇÃO DE DIRETORIA COLEGIADA - RDC Nº 502, DE 27 DE MAIO DE 2021**. Dispõe sobre o funcionamento de Instituição de Longa Permanência para Idosos, de caráter residencial. Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2021. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2020/rdc0502\\_27\\_05\\_2021.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2020/rdc0502_27_05_2021.pdf). Acesso em: 10/03/2025.

ALCÂNTARA, Alexandre de Oliveira. Da Política Nacional do Idoso ao Estatuto do Idoso: a difícil construção de um sistema de garantia de direitos da pessoa idosa. *In*: ALCÂNTARA, Alexandre de Oliveira; CAMARANO, Ana Amélia; GIACOMIN, Karla Cristina (Orgs.). **Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: IPEA, 2016, p. 359-379. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/9128>. Acesso em: 10/03/2025.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (APA). Guidelines for Psychological Practice With Older Adults. **American Psychologist**, v. 59, n. 4, p. 236–260, 2004. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.4.236>. Acesso em: 13/03/2025.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (APA). **Blueprint for change: Achieving integrated healthcare for an aging population**. Washington, DC: APA, 2008.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (APA). Guidelines for psychological practice with older adults. **American Psychologist**, 2014 v. 69 n. 1, p. 34-65, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/a0035063>. Acesso em: 13/03/2025.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (APA). Girls and Women Guidelines Group. **APA guidelines for psychological practice with girls and women**. 2018. Disponível em: <http://www.apa.org/about/policy/psychological-practice-girls-women.pdf> Acesso em: 22/05/2025.

AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (APA). **Guidelines for Psychological Practice With Older Adults**. 2024. Disponível em: <https://www.apa.org/practice/guidelines/older-adults.pdf> Acesso em: 12/03/2025.

ARAÚJO, L. F. Desafios da Gerontologia frente à velhice LGBT: aspectos psicossociais. *In*: FREITAS, E. V.; PY, L. (Orgs.). Tratado de Geriatria e Gerontologia. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022.

ARENDDT, Hannah. **Compreender**: Formação, exílio e totalitarismo - ensaios. São Paulo: Companhia das Letras; Belo Horizonte: Editora UFMG, 2008.

ARGENTIERI, M. Augustin; AMIN, Najaf; NEVADO-HOLGADO, Alejo J.; SPROVIERO, William; COLLISTER, Jennifer A.; KEESTRA, Sarai M.; KUILMAN, Midas M.; GINOS, Bigina N. R.; GHANBARI, Mohsen; DOHERTY, Aiden; HUNTER, David J.; ALVERGNE, Alexandra; DUIJN, Cornelia M. van. Integrating the environmental and genetic architectures of aging and mortality. **Nature Medicine**, v. 31, p. 1016-1025, 2025. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41591-024-03483-9>. Acesso em: 20/05/2025.

ASSIS, D. N. C. **Interseccionalidades**. Salvador: UFBA, Instituto de Humanidades, Artes e Ciências; Superintendência de Educação a Distância, 2019. Disponível em: [https://drive.google.com/file/d/1L36-mZIBLhVApRE\\_vRn0Hmh\\_oT0BjBlu/view?usp=drive\\_link](https://drive.google.com/file/d/1L36-mZIBLhVApRE_vRn0Hmh_oT0BjBlu/view?usp=drive_link). Acesso em: 04/04/2025.

AYALON, Liat. There is nothing new under the sun: Ageism and intergenerational tension in the age of the COVID-19 outbreak. **International Psychogeriatrics**, v. 32, n. 10, p. 1221–1224, 2020. Disponível em: [https://www.intpsychogeriatrics.org/article/S1041-6102\(24\)03764-5/fulltext](https://www.intpsychogeriatrics.org/article/S1041-6102(24)03764-5/fulltext). Acesso em: 17/05/2025.

BADDELEY, Alan. Working Memory: Theories, Models, and Controversies. **Annual Review of Psychology**, v. 63, p. 1-29, 2012. Disponível em: <https://www.annualreviews.org/content/journals/10.1146/annurev-psych-120710-100422>. Acesso em: 22/05/2025.

BALTES, Paul B. Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. **Developmental psychology**, v. 23, n. 5, p. 611-626, 1987. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F0012-1649.23.5.611>. Acesso em: 22/05/2025.

BALTES, P. B.; LINDENBERGER, U.; STAUDINGER, U. M. Life-span theory in developmental psychology. *In*: DAMON, William; LERNER, Richard M. (Orgs.). **Handbook of child psychology**. Hoboken, New Jersey: Wiley, 1998, p. 1029-1143.

BALTES, P. B.; LINDENBERGER, U.; STAUDINGER, U. M. Life Span Theory in Developmental Psychology. *In*: LERNER, R. M.; DAMON, W. (Eds.). **Handbook of child psychology**: Theoretical models of human development. 6 ed. John Wiley & Sons, Inc, 2006, p. 569–664.

BALTES, Paul B.; SCHAIE, Klaus Warner. **Life-span Developmental Psychology: Personality and Socialization**. Orlando, Flórida: Academic Press, Inc., 1973.

BALTES, P. B.; REESE, H. W.; LIPSITT, L. P. Life-span developmental psychology. **Annual review of psychology**, v. 31, p. 65-110, 1980.

BALTES, Margaret M.; WAHL, Hans-Werner. Patterns of Communication in Old Age: The Dependence-Support and Independence-Ignore Script. **Health Communication**, v. 8, n. 3, p. 217-231, 1996. Disponível em: [https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/s15327027hc0803\\_3](https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1207/s15327027hc0803_3). Acesso em: 22/05/2025.

BARCELOS-FERREIRA, R. Epidemiologia dos transtornos mentais em idosos. *In*: ALVES, G. S.; PERROCO, T. R.; SUDO, F. K. (Orgs.). **Psicogeriatría: diagnóstico e manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2022. p. 38-45.

BACSU, Juanita-Dawne et al. Stigma Reduction Interventions of Dementia: A Scoping Review. **Canadian Journal on Aging / La Revue canadienne du vieillissement**, v. 41, n. 2, p. 203-213, 2022. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/canadian-journal-on-aging-la-revue-canadienne-du-vieillessement/article/stigma-reduction-interventions-of-dementia-a-scoping-review/CA25D77824AACD1ED07E4564797962C0>. Acesso em: 20/05/2025.

BEAUVOIR, Simone de. **A velhice**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2018.

BERZINS, Marília; GIACOMIN, Karla. A Assistência Social na Política Nacional do Idoso. *In*: ALCÂNTARA, Alexandre; CAMARANO, Ana Amélia (Org.). **Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: IPEA, 2016. p. 107-133. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/7253>. Acesso em: 07/03/2025.

BIRREN, J. E. Principles of research on aging. *In*: J. E. BIRREN (Org.). **Handbook of aging and the individual**. Chicago: Univer. Chicago Press., 1959, p. 3-42.

BIRREN, J. E. A brief history of the psychology of aging, Part II. **The Gerontologist**, v. 1, n. 3, p. 127-134, 1961.

BIRREN, J. E. **The psychology of aging**. Oxford, England: Prentice Hall, 1964.

BIRREN, James E.; FISHER, Laurel M. Aging and Speed of Behavior: Possible Consequences for Psychological Functioning. **Annual Review of Psychology**, v. 46, p. 329-353, 1995. Disponível em: <https://www.annualreviews.org/content/journals/10.1146/annurev.ps.46.02019.5.001553>. Acesso em: 22/05/2025.

BIRREN, J. E.; SCHROOTS, J. J. F. (Org.). **A history of geropsychology in autobiography**. Washington, DC: American Psychological Association, 2000.

BIRREN, J. E.; SCHROOTS, J. J. F. History of geropsychology. *In*: BIRREN, J. E.; SCHAE, K. W. (Orgs.). **Handbook of the psychology of aging**. 5. ed. San Diego: Academic Press, 2001, p. 3-28.

BODNER, E.; PALGI, Y.; WYMAN, M. F. Ageism in mental health assessment and treatment of older adults. *In*: NARASIMHALU, A. et al. (Ed.). **Contemporary perspectives on ageism**. Cham: Springer, 2018. p. 241-262.

BÖING, Elisangela; CREPALDI, Maria Aparecida. O psicólogo na atenção básica: uma incursão pelas políticas públicas de saúde brasileiras. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 30, n. 3, p. 634–649, set. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-98932010000300014>. Acesso em: 07/03/2025.

BOSCHETTI, Ivanete. **Seguridade social e trabalho: paradoxos na construção das políticas de previdência e assistência social no Brasil**. Brasília: LetrasLivres/Editora UnB, 2006.

BOSCO, A. et al. Promoting Geropsychology: A Memorandum for Research, Policies, Education Programs, and Practices for Healthy Aging. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 21, n. 9, art. 1172, 2024. Disponível em: <https://www.mdpi.com/1660-4601/21/9/1172>. Acesso em: 05/12/2024.

BOPP, Kara L.; VERHAEGHEN, Paul. Aging and Verbal Memory Span: A Meta-Analysis. **The Journals of Gerontology: Series B**, v. 60, n. 5, p. 223-233, 2005. Disponível em: <https://academic.oup.com/psychsocgerontology/article-abstract/60/5/P223/585455?redirectedFrom=fulltext>. Acesso em: 22/05/2025.

BRANDTSTÄDTER, J. Action perspectives on human development. *In*: DAMON, William; LERNER, Richard M. (Orgs.). **Handbook of child psychology**. Hoboken, New Jersey: Wiley, 2007.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Brasília, DF: Presidência da República, 1988. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicao.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm). Acesso em: 07/03/2025.

BRASIL. **Lei n. 8.742, de 07 de dezembro de 1993**. Dispõe sobre a organização da Assistência Social e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1993. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8742.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8742.htm). Acesso em: 07/03/2025.

BRASIL. **Lei n. 8.842, de 04 de janeiro de 1994**. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1994. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8842.htm). Acesso em: 07/03/2025.

BRASIL. **LEI Nº 10.741, DE 1º DE OUTUBRO DE 2003**. Dispõe sobre o estatuto do idoso e dá outras providências. Disponível em:

[http://direitodoidoso.braslink.com/05/estatuto do idoso.pdf](http://direitodoidoso.braslink.com/05/estatuto_do_idoso.pdf). Acesso em: 07/03/2025.

BRASIL. **PORTARIA Nº 2.528 DE 19 DE OUTUBRO DE 2006**. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528\\_19\\_10\\_2006.htm](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.htm). Acesso em: 11/03/2025.

BRASIL. Presidência da República. Secretaria Especial dos Direitos Humanos, Conselho Nacional dos Direitos do Idoso – CNDI. **Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa**: construindo a rede nacional de proteção e defesa da pessoa idosa – RENADI. I, 2006, Anais. Brasília: CNDI, 2006b.

BRASIL. **PORTARIA Nº 154, DE 24 DE JANEIRO DE 2008**. Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília, 2008. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154\\_24\\_01\\_2008.htm](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.htm). Acesso em: 23/05/2025.

BRASIL. **PORTARIA Nº 2.866, DE 2 DE DEZEMBRO DE 2011**. Institui a Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, p. 46-47, 05 dez. 2011. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2866\\_02\\_12\\_2011.htm](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2866_02_12_2011.htm). Acesso em: 02/06/2024.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral das Populações do Campo e da Floresta**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. LEI Nº 13.466, DE 12 DE JULHO DE 2017. Altera os arts. 3º, 15 e 71 da Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que dispõe sobre o **Estatuto do Idoso e dá outras providências**. Brasília, DF: Presidência da República, 2017. Disponível em: [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2017/lei/l13466.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/l13466.htm). Acesso em: 10/03/2025.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Orientações técnicas para a implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no Sistema Único de Saúde – SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, 2018a. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha\\_cuidado\\_atencao\\_pessoa\\_idosa.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoa_idosa.pdf). Acesso em: 25/01/2025.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros - ELSI Brasil**. LIMA-COSTA, Maria F. (org). Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/estudo-apontaque-75-dos-idosos-usam- apenas-o->



CAMARANO, Ana Amélia; FERNANDES, Daniele. A previdência Social Brasileira. *In: ALCÂNTARA, Alexandre de Oliveira; CAMARANO, Ana Amélia; GIACOMIN, Karla Cristina (orgs.). Política Nacional do Idoso - velhas e novas questões.* Rio de Janeiro: IPEA, 2016, p. 265-294. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/7253>. Acesso em: 07/03/2025.

CAMARANO, A. A.; FERNANDES, D. Envelhecimento da População Brasileira: Contribuição Demográfica. *In: FREITAS, E. V.; PY, L. (Orgs.). Tratado de Geriatria e Gerontologia.* Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022, p. 1-11.

CAMARANO, Ana Amélia; PASINATO, Maria Tereza. Envelhecimento, pobreza e proteção social na América Latina. **Papeles de población**, v. 13, n. 52, p. 9-45, 2007.

CAMARANO, Ana Amélia Organizadora; PINHEIRO, Luana. (Orgs.). **Cuidar, verbo transitivo: caminhos para a provisão de cuidados no Brasil.** Rio de Janeiro: IPEA, 2023. Disponível em: [https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11842/35/Cuidar\\_Verbo\\_Transitivo\\_Book.pdf](https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/11842/35/Cuidar_Verbo_Transitivo_Book.pdf). Acesso em: 20/05/2025.

CAMPOS, Heitor Benjamim. O QUE SÃO POLÍTICAS PÚBLICAS?. **Revista Científica Multidisciplinar UNIFLU**, v. 8, n. 1, p. 67-76, 2023. Disponível em: <https://www.revistas.uniflu.edu.br/seer/ojs-3.0.2/index.php/multidisciplinar/article/view/546>. Acesso em: 07/03/2025.

CARY, Lindsey A.; CHASTEEN, Alison L.; REMEDIOS, Jessica. The Ambivalent Ageism Scale: Developing and Validating a Scale to Measure Benevolent and Hostile Ageism. **The Gerontologist**, v. 57, n. 2, p. e27–e36, 2017. Disponível em: <https://academic.oup.com/gerontologist/article-abstract/57/2/e27/2632136?redirectedFrom=fulltext>. Acesso em: 17/05/2025.

CEPELLOS, Vanessa Martines. FEMINIZAÇÃO DO ENVELHECIMENTO: UM FENÔMENO MULTIFACETADO MUITO ALÉM DOS NÚMEROS. **Revista de Administração de Empresas**, v. 61, n. 2, p. e20190861, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-759020210208>. Acesso em: 04/04/2025.

CHARIGLIONE, Isabelle Patrícia Freitas Soares; FERREIRA, Heloísa Gonçalves; FALCÃO, Deusivania Vieira da Silva. Trajetórias da velhice no Brasil: perspectivas da psicologia do desenvolvimento e da psicogerontologia. *In: \_\_\_\_\_ (Org.). Psicologia do Desenvolvimento Crítica: Realidades das pessoas idosas brasileiras.* Volume 4. Campinas: Alínea, **no prelo**.

CHIARELLI, Tássia Monique; BATISTONI, Samila Sathler Tavares. Trajetória das Políticas Públicas Brasileiras para pessoas idosas frente a Década do Envelhecimento Saudável (2021-2030). **Revista Kairós-Gerontologia**, São Paulo, v. 25, n. 1, p. 93-114, 2022. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/55685>. Acesso em: 20/05/2025.

CHRISLER, Joan C., BARNEY, Angela; PALATINO, Brigida. Ageism can be hazardous to women's health: Ageism, sexism, and stereotypes of older women in the healthcare system. **Journal of Social Issues**, v. 72, n. 1, p. 86-104, 2016. Disponível em: <https://spssi.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/josi.12157>. Acesso em: 22/05/2025.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Resolução CFP nº 10/2005**. Código de Ética Profissional do Psicólogo. Brasília: CFP, 2005. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>. Acesso em: 07/03/2025.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Seminário Nacional de Envelhecimento e Subjetividade**: desafios para uma cultura de compromisso social. Brasília: CFP, 2008. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/publicacao/publicacao-envelhecimento-e-subjetividade-desafios-para-uma-cultura-de-compromisso-social/>. Acesso em: 07/03/2025.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Referências Técnicas para atuação de psicólogos(os) na Atenção Básica à Saúde**. Brasília: CFP, 2019. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/publicacao/referencias-tecnicas-para-atuacao-de-psicologas-os-na-atencao-basica-a-saude/>. Acesso em: 23/05/2025.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA – 2ª Região Pernambuco (CRP 02/PE). **Mais Psicologia para um país que envelhece** - Grupo de Trabalho Estudos e Práticas do Psicólogo no Contexto do Envelhecimento Populacional. Recife: CRP-02, 2017. Disponível em: <https://www.crppe.org.br/biblioteca/index.php?idCat=1&idItem=56>. Acesso: 13/03/2025.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA – 3ª Região Bahia (CRP-03/BA). Comissão de Saúde. Grupo de Trabalho Psicologia, Envelhecimento e Velhice. **Levantamento de dúvidas e dificuldades da/o psicóloga/o no atendimento a pessoas idosas no estado da Bahia**: Relatório Técnico. Salvador: CRP-03/BA, 2021. Disponível em: [https://crp03.org.br/wp-content/uploads/2021/09/CRP03\\_Relatorio-Tecnico-5.pdf](https://crp03.org.br/wp-content/uploads/2021/09/CRP03_Relatorio-Tecnico-5.pdf). Acesso em: 17/03/2025.

COWDRY, Edmund Vincent. **Problems of ageing**. 1. ed. New York: Arno Press, 1939.

CRENSHAW, Kimberlé. Documento para o encontro de especialistas em aspectos da discriminação racial relativos ao gênero. **Revista Estudos Feministas**, v. 10, n. 1, p. 171-188, 2002. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ref/a/mbTpP4SFXPnJZ397j8fSBQQ/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 29/03/2024..

DEBERT, G. G.; SIMÕES, J. A. A aposentadoria e a invenção da terceira idade. *In*: DEBERT, G. G. (org). **Antropologia e Velhice**. São Paulo: IFHC/UNICAMP, 1998.

DUARTE, Cristina Maria Rabelais *et al*. Proteção social e política pública para populações vulneráveis: uma avaliação do Benefício de Prestação Continuada da Assistência Social - BPC no Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 11, p. 3515–3526, nov. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320172211.22092017>. Acesso em: 07/08/2025.

ERIKSON, Erik H. **Childhood and Society**. New York: W. W. Norton & Company, 1950.

FALCÃO, D. V. S. Amor Romântico, Conjugalidade e Sexualidade na Velhice. *In*: FREITAS, Elisabete Viana de; PY, Ligia. (Org.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2016, v. 19, p. 289-302.

FALCÃO, D.V.S. (no prelo) Psicogerontologia no Brasil: aspectos históricos e desafios na formação profissional.

FALCÃO, Deusivania Vieira da Silva; BUCHER-MALUSCHKE, Júlia Sursis Nobre Ferro. Cuidar de familiares idosos com a doença de Alzheimer: uma reflexão sobre aspectos psicossociais. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 4, p. 777-786, 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/PtwGf5KNzHgF7GprhCstv7B/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 05/12/2024.

FALCÃO, D. V. S.; BUCHER-MALUSCHKE, J. S. N. F. Os conflitos nas relações familiares de idosos com a doença de Alzheimer: contextos clínico e jurídico. *In*: FALCÃO, D. V. S. (Org.). **A família e o idoso: desafios da contemporaneidade**. Campinas: Papyrus, 2010.

FALCÃO, Deusivania Vieira da Silva; TEODORO, Maycoln Leoni Martins; BUCHER-MALUSCHKE, Júlia Sursis Nobre Ferro. Family cohesion: a study on caregiving daughters of parents with Alzheimer's disease. **Interpersona: An International Journal on Personal Relationships**, v. 10, p. 61-74, 2016. Disponível em: <https://interpersona.psychopen.eu/index.php/interpersona/article/view/3491>. Acesso em: 20/05/2025.

FALCÃO, D. V. S.; CARVALHO, I. S. Idosos e saúde mental: demandas e desafios. *In*: FALCÃO, D. V. S.; ARAÚJO, L. F. (Orgs.). **Idosos e saúde mental**. Campinas: Papyrus, 2009/2018. p. 11-32.

FALCÃO, Deusivania Vieira da Silva. DIAS, Cristina Maria de Souza Brito. **Maturidade e velhice: pesquisas e intervenções psicológicas (Vol I)**. São Paulo: Casa do psicólogo, 2006.

FALCÃO, D. V. S.; GUTIERREZ, B. O. Suicídio de idosos: fatores de risco e possibilidades de prevenção. *In*: FALCÃO, D. V. S.; ARAÚJO, L. F.; PEDROSO, J. (Orgs.). **Velhices**: temas emergentes nos contextos psicossocial e familiar. Campinas: Alínea, 2016.

FALCÃO, D. V. S. et al. Cuidadores de pessoas idosas com Alzheimer: conhecimentos sobre a doença, sentimentos vivenciados e motivos para cuidar. *In*: GRAEFF, B.; FALCÃO, D. V. S.; REBUSTINI, F.; CACHIONI, M.; MELO, R. C. (Org.). **Gerontologia**: gestão, direitos, processos educativos e saúde. 1ed. São Paulo: Edições EACH, 2024, v. 1, p. 123-133.

FALEIROS, Vicente de Paula. Cidadania e direitos da pessoa idosa. **SER Social**, n. 20, p. 35–62, 2007.

FONSECA, S. C.; MERCADANTE, E. F. O Programa de Estudos Pós-Graduados em Gerontologia/PUC-SP: Por que Gerontologia Social? **PAJAR - Pan-American Journal of Aging Research**, v. 2, n. 2, p. 54-60, 2014.

FREDRIKSEN-GOLDSSEN, Karen; VRIES, Brian de. Global Aging With Pride: International Perspectives on LGBT Aging. **The International Journal of Aging and Human Development**, v. 88, n. 4, p. 315-324, 2019. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0091415019837648>. Acesso em: 22/05/2025.

FREITAS, Elizabete Viana de; PY, Ligia; NERI, Anita Liberalesso et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 2002.

GARRISON-DIEHN, Christina; RUMMEL, Clair; AU, Yiu Ho; SCHERER, Kelly. Attitudes toward older adults and aging: A foundational geropsychology knowledge competency. **Clinical Psychology: Science and Practice**, v. 29, n. 1, p. 4-15, 2022. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fcps0000043>. Acesso em: 22/05/2025.

GUIMARÃES, Mirna Rodrigues Costa *et al.* Avaliação das Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil: um panorama das desigualdades regionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 28, n. 7, p. 2035-2050, 2023. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/8nXmLVfQGhQZVybGBx3XMYH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 20/03/2025.

HALL, G. Stanley. **Senescence**: The Last Half of Life. New York: D. Appleton and Company, 1922.

HEHMAN, Jessica A.; BUGENTAL, Daphne Blunt. Responses to patronizing communication and factors that attenuate those responses. **Psychology and Aging**, v. 30, n. 3, p. 552–560, 2015. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fpag0000041>. Acesso em: 17/05/2025.

HENNING, Carlos Eduardo. Gerontologia LGBT: velhice, gênero, sexualidade e a constituição dos "idosos LGBT". **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, v. 23, n. 47, p. 283-323, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ha/a/Mw58qyvVjfSQy7hbmmZqLbm/?lang=pt>. Acesso em: 22/05/2025.

HEYWOOD, I. et al. Inflation of 430-parsec bipolar radio bubbles in the Galactic Centre by an energetic event. **Nature**, v. 573, p. 235–237, 2019. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41586-019-1532-5>. Acesso em: 17/05/2025.

HINRICHSEN, Gregory A.; EMERY-TIBURCIO, Erin E. Introduction to special issue: Foundational knowledge competencies in geropsychology. **Clinical Psychology: Science and Practice**, v. 29, n. 1, p. 1-3. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/fulltext/2022-33829-001.html>. Acesso em: 20/05/2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa nacional de saúde 2013**: acesso e utilização dos serviços de saúde, acidentes e violências: Brasil, grandes regiões e unidades da federação. Rio de Janeiro : IBGE, 2015. Disponível em: <https://www.icict.fiocruz.br/sites/www.icict.fiocruz.br/files/PNS%20Vol%202.pdf>. Acesso em: 22/05/2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa Nacional de Saúde 2019**: Percepção do estado de saúde, estilos de vida, doenças crônicas e saúde bucal. Rio de Janeiro: IBGE, 2019. Disponível em: <https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/saude/9160-pesquisa-nacional-desauade.html?edicao=29270&t=resultados>. Acesso em: 23/05/2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Censo Demográfico 2022**. Disponível em: <https://agenciadenoticias.ibge.gov.br/agencia-noticias/2012-agencia-de-noticias/noticias/38186-censo-2022-numero-de-pessoas-com-65-anos-ou-mais-de-idade-cresceu-57-4-em-12-anos>. Acesso em: 13/05/2024.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). Fórum Brasileiro de Segurança Pública (FBSP). **Atlas da Violência 2024**. Brasília: IPEA; FBSP, 2024. Disponível em: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/publicacoes/287/atlas-da-violencia-2024>. Acesso em: 07/03/2025.

JACKSON, Joshua Conrad et al. Emotion semantics show both cultural variation and universal structure. **Science**, v. 366, n. 6472, p. 1517-1522, 2019. Disponível em: <https://www.science.org/doi/10.1126/science.aaw8160>. Acesso em: 17/05/2025.

JUNG, Carl Gustav. **The Portable Jung**. Edited by Joseph Campbell. New York: Viking Press, 1971. (Original work published in 1933 as "Modern Man in Search of a Soul").

KALACHE, Alexandre. **A melhor coisa que pode nos acontecer é envelhecer**. Entrevista concedida a Eliane Bardanachvili. Rio de Janeiro, 9 set.

2021. Disponível em: <https://cee.fiocruz.br/?q=Alexandre-Kalache-A-melhor-coisa-que-pode-nos-acontecer-e-envelhecer>. Acesso em: 11/03/2025.

KANG, Hyun; KIM, Hansol. Ageism and psychological well-being among older adults: A systematic review. **Gerontology and Geriatric Medicine**, v. 8, p. 1-22, 2022. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/23337214221087023>. Acesso em: 22/05/2025.

KESSLER, Eva-Marie; BOWEN, Catherine E. Bowen. Images of aging in the psychotherapeutic context. **GeroPsych: The Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry**, v. 28, n. 2, p. 47-55, 2015. Disponível em: <https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1024/1662-9647/a000129>. Acesso em: 17/05/2025.

KNIGHT, B. G. et al. Pikes Peak model for training in professional geropsychology. **American Psychologist**, v. 64, n. 3, p. 205-214, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/a0015059>. Acesso em: 13/03/2025.

KNIGHT, Bob G.; PACHANA, Nancy A. Psychological assessment and therapy with older adults. **Oxford University Press**, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/med:psych/9780199652532.001.0001>. Acesso em: 17/03/2025.

KRENAK, Ailton. **Futuro Ancestral**. São Paulo: Companhia das Letras, 2022.  
NERI, Anita Liberalesso. (org.). **Palavras-chave em gerontologia**. 3. ed. Campinas: Alínea, 2008.

KYRILLOS, G. M. Interseccionalidade: proposta de um mapa teórico provisório. **Revista Estudos Feministas**, v. 32, n. 2, p. e90290, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2024v32n290290>. Acesso em: 22/05/2025.

LENARDT, Maria Helena et al. Sintomas depressivos e fragilidade física em pessoas idosas: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, v. 24, n. 3, p. 1-12, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/fnvLkCgvxkDQwwf6pkq3vnn/?lang=pt>. Acesso em: 04/04/2025.

LERNER, R. M.; BUSCH-ROSSNAGEL, N. Individuals as producers of their own development. *In: Individuals as producers of their own development: A life-span perspective*, 1981, 1-36.

LEVY B. Stereotype Embodiment: A Psychosocial Approach to Aging. **Current directions in psychological science**, v. 18, n. 6, p. 332–336, 2009. Disponível em: <https://doi.org/10.1111/j.1467-8721.2009.01662.x>. Acesso em: 17/03/2025.

LEVY, Becca R. et al. Longevity increased by positive self-perceptions of aging. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 83, n. 2, p. 261-270, 2002. Disponível em:

<https://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F0022-3514.83.2.261>.

Acesso em: 22/05/2025.

LEVY, Becca R. et al. Ageism Amplifies Cost and Prevalence of Health Conditions. **The Gerontologist**, v. 60, n. 1, p. 174–181, 2020. Disponível em: <https://academic.oup.com/gerontologist/article/60/1/174/5166947>. Acesso em: 17/05/2025.

LEVY, Sheri R. Toward reducing ageism: PEACE (positive education about aging and contact experiences) model. **The Gerontologist**, v. 58, n. 2, p. 226-232, 2018. Disponível em: <https://academic.oup.com/gerontologist/article-abstract/58/2/226/2632116?redirectedFrom=fulltext>. Acesso em: 17/05/2025.

LYONS, Anthony et al. Experiences of ageism and the mental health of older adults. **Aging & Mental Health**, v. 22, n. 11, p. 1456-1464, 2018. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13607863.2017.1364347>. Acesso em: 22/05/2025.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência e Saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; ALMEIDA, Luiz Cláudio Carvalho de. Importância da Política Nacional do Idoso no enfrentamento à violência. In: ALCÂNTARA, Alexandre de Oliveira; CAMARANO, Ana Amélia; GIACOMIN, Karla Cristina (Orgs.). **Política Nacional do Idoso: velhas e novas questões**. Rio de Janeiro: IPEA, 2016, p. 435-456. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/bitstream/11058/9134/1/Import%C3%A2ncia%20da%20pol%C3%ADtica.pdf>. Acesso em: 10/03/2025.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; CAVALCANTE, Fátima Gonçalves. Suicídio entre pessoas idosas: revisão da literatura. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 4, p. 750-757, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/JyrrBDJs9T7r46pPrTrXcq/>. Acesso em: 20/05/2025.

MENDES, Telma Lucia et al. Motivos para a restrição em participação social na velhice avançada: resultados do estudo FIBRA-Polo Unicamp. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, Porto Alegre, v. 28, 2023. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/132956>. Acesso em: 20/05/2025.

MORAES, E. N.; MORAES, F. L. **Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde com Foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada: Saúde da Pessoa Idosa**. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://atencao primaria.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091212-nt-saude-do-idoso-planificasus.pdf> Acesso: 23/05/2025.

NERI, Anita Liberalesso. O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento. **Temas em psicologia**, v. 14, n. 1, p. 17-34, 2006.

NERI, Anita Liberalesso. **Fragilidade e qualidade de vida na velhice**. Campinas: Alínea, 2013.

NERI, Anita Liberalesso et al. Metodologia e perfil sociodemográfico, cognitivo e de fragilidade de idosos comunitários de sete cidades brasileiras: Estudo FIBRA. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 4, p. 778-792, 2013.

NERI, Anita Liberalesso. Teorias Psicológicas do Envelhecimento: Percurso Histórico e Teorias Atuais. *In*: FREITAS, Elizabete Viana de; PY, Ligia (orgs.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022. p. 1224-1234.

NETTO, M. P. O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. *In*: FREITAS, E. V.; PY, L. (org.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022. p. 247–265.

NUNES, Ellen Cristine Rocha Cabral; FALCÃO, Deusivania Vieira da Silva. Idadismo e autopercepção do envelhecimento: vivências de participantes da USP 60+ no contexto da pandemia de COVID-19. **Mudanças: Psicologia da Saúde**, v. 31, n. 2, p. 123–137, 2023. Disponível em: <https://revistas.metodista.br/index.php/mudancas/article/view/690>. Acesso em: 11/03/2025.

NYBERG, L.; BÄCKMAN, L. Memory changes and the aging brain: A multimodal imaging approach. *In*: SCHAIE, K. W.; WILLIS, S. L. (Orgs.). **Handbook of the psychology of aging**. 7 ed. Cambridge: Academic Press, 2011, p. 121–131. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-380882-0.00008-5> Acesso em: 23/05/2025.

OLIVEIRA, Letycia Parreira de; SILVA, Henrique Salmazo da. Desafios ao Cumprimento da RDC 502/2021 e os Cuidados de Longa Duração à Pessoa Idosa no Brasil. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 29, n. 1, 2024. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/RevEnvelhecer/article/view/133722>. Acesso em: 20/05/2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Relatório mundial de violência e saúde**. Genebra: OMS, 2002. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/04/14142032-relatorio-mundial-sobre-violencia-e-saude.pdf>. Acesso em: 21/03/2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Disponível em:

[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento\\_ativo.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf) Acesso em: 22/05/2025.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Assembléia mundial sobre envelhecimento**: resolução 39/125. Viena, 1982.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Envelhecimento**. Portugal: Centro regional de informação para a Europa ocidental, 2024. Disponível em: <https://unric.org/pt/envelhecimento/>. Acesso em: 21/02/2024.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Década do Envelhecimento Saudável 2020-2030**. Washington, D.C.: OPAS, 2020. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52902/OPASWBRAFPL20120por.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Acesso em: 07/03/2025.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Relatório mundial sobre o idadismo**. Washington, D.C.: OPAS, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.37774/9789275724453>. Acesso em: 17/03/2025.

PEARSON, Joel; KOSSLYN, Stephen M. The heterogeneity of mental representation: Ending the imagery debate. **Proceedings of the National Academy of Sciences**, v. 112, n. 33, p. 10089-10092, 2015. Disponível em: <https://www.pnas.org/doi/full/10.1073/pnas.1504933112>. Acesso em: 22/05/2025.

PINTO, Juliana Martins; NERI, Anita Liberalesso. Trajetórias da participação social na velhice: uma revisão sistemática da literatura. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 260-273, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/7FjMbsMqFWSjpT3BhPr7npb/?lang=pt>. Acesso em: 20/05/2025.

QUALLS, S. H. Building competencies in professional geropsychology: Guidelines, training model, and strategies for professional development. In: AREÁN, P. A. (Ed.), **Treatment of late-life depression, anxiety, trauma, and substance abuse**. Washington, DC: American Psychological Association, 2015, p. 11–48. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/14524-002>. Acesso em: 21/05/2025.

PARAHYBA, Maria Isabel; SIMÕES, Celso Cardoso da Silva. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 11, n. 4, p. 967–974, out. 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232006000400018> Acesso em: 22/05/2025.

PENIDO, Alexandre. Estudo aponta que 75% dos idosos usam apenas o SUS. **Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz)**, 2018. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/estudo-aponta-que-75-dos-idosos-usam- apenas-o->



SILVA, Maria do Rosário de Fátima; YAZBEK, Maria Carmelita. Proteção social aos idosos: concepções, diretrizes e reconhecimento de direitos na América Latina e no Brasil. **Revista Katálysis**, v. 17, p. 102-110, 2014.

SOUZA, Celina. Políticas públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, ano 8, n. 16, p. 20-45, 2006. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1517-45222006000200003>. Acesso em: 07/03/2025.

TIBURI, Márcia. Filosofia Pop. Entrevista com Ailton Krenak. São Paulo: Sesc TV, 14 nov. 2019. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=ya7njqNGsE>. Acesso em: 06/07/2024.

VANLEERBERGHE, Patricia; et al. The quality of life of older people aging in place: a literature review. **Quality of Life Research**, v. 26, p. 2899-2907, 2017. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s11136-017-1651-0>. Acesso em: 20/05/2025.

VERHAEGHEN, P. **The Elements of Cognitive Aging: Meta-analyses of Age-related Differences in Processing Speed and Attention**. New York: Oxford University Press, 2011.

VERHAEGHEN, Paul; CERELLA, John. Aging, executive control, and attention: A review of meta-analyses. **Neuroscience & Biobehavioral Reviews**, v. 26, n. 7, p. 849-857, 2002. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0149763402000714?via%3Dihub>. Acesso em: 22/05/2025.

WAHL, Hans-Werner; KRAMPEN, Günter. Geropsychology and Psychology in the German-Speaking and Anglo-American Research Community. **Zeitschrift für Gerontopsychologie und Psychiatrie**, v. 16, n. 1, p. 29-43, 2003. Disponível em: <https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1024//1011-6877.16.1.29>. Acesso em: 20/05/2025.

WINGFIELD, Arthur; GROSSMAN, Murray. Language and the aging brain: patterns of neural compensation revealed by functional brain imaging. **Journal of Neurophysiology**, v. 96, n. 6, p. 2830-2839, 2006. Disponível em: <https://journals.physiology.org/doi/full/10.1152/jn.00628.2006>. Acesso em: 22/05/2025.

WOODRUFF, D. S.; BIRREN, J. E. **Aging: Scientific perspectives and social issues**. New York: D. Van Nostrand Co., 1975.

WOODHEAD, E. et al. Exposure and experience with geropsychology content in graduate training: an examination of student competencies and career decision making. **Gerontologist**, v. 52, Suppl. 1, p. 466-466, 2012.

## CONHEÇA AS DEMAIS REFERÊNCIAS TÉCNICAS PUBLICADAS PELO CREPOP

2011 Como os Psicólogos e as Psicólogas podem Contribuir para Avançar o Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Informações para Gestoras e Gestores.

2013 Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos(os) nos Centros de Referências Especializado de Assistências Social (CREAS).

2013 Como a Psicologia Pode Contribuir para o Avanço do SUS: Orientações para Gestores.

2017 Relações Raciais: Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos(os).

2018 Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos(os) em Políticas Públicas de Mobilidade Humana e Trânsito.

2019 Referências Técnicas para Atuação das(os) Psicólogas(os) em Questões Relativas à Terra (Edição Revisada).

2019 Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos(os) na Educação Básica (Edição Revisada).

2019 Saúde do Trabalhador no Âmbito da Saúde Pública: Referências para Atuação da(o) Psicóloga(o) (Edição Revisada).

2019 Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos(os) em Políticas Públicas sobre Álcool e Outras Drogas (Edição Revisada).

2019 Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos(os) em Políticas Públicas de Esporte.

2019 Referências Técnicas para atuação da(o) psicóloga(o) em Varas de Família (Edição Revisada).

2019 Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos(os) em Serviços Hospitalares do SUS.

2019 Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) na Atenção Básica à Saúde.

2020 Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) na Rede de Proteção às Crianças e Adolescentes em Situação de Violência Sexual.

2020 Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) em Políticas de Segurança Pública.

2020 Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) nos Programas de IST/ HIV/Aids (Edição Revisada).

2021 Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) no Sistema Prisional (Edição Revisada).

2021 Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) na Gestão Integral de Riscos, Emergências e Desastres.

2021 Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) no CRAS/SUAS (Edição Revisada).

2021 Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) no Âmbito das Medidas Socioeducativas (Edição Revisada).

2022 Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) junto aos Povos Indígenas.

2022 Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) (Edição Revisada).

2023 Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os), Psicólogos e Psicólogues em Políticas Públicas para População LGBTQIA+.

2024 - Referências Técnicas para atuação de psicólogas(os) junto aos Povos Indígenas (2ªed)

2024 - Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) no atendimento às mulheres em situação de violência (2ªed)

2025 - Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) em Políticas Públicas de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos.

versão consulta pública