

Referências Técnicas para atuação de Psicólogas (os) junto às **PESSOAS IDOSAS** nas Políticas Públicas

DISTRIBUIÇÃO
GRATUITA



Conselho
Federal de
Psicologia

Conselhos
Regionais de
Psicologia


CREPOP
Centro de Referência Especializada em Psicologia e Políticas Públicas

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

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

COMISSÃO DE ELABORAÇÃO DO DOCUMENTO

Conselheiras Responsáveis – XIX Plenário:

Rosana Mendes Éleres de Figueiredo
Fabiane Rodrigues Fonseca
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

1ª Edição
Brasília, Novembro de 2025.

© 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
Projeto Gráfico: Agência Movimento
Capa e Diagramação: Diego Soares
Revisão e Normalização: Editora Gm 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 /Correio eletrônico: ascom@cfp.org.br/ www.cfp.org.br
Impresso no Brasil

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

(BENITEZ Catalogação Ass. Editorial, MS, Brasil)

R327

1.ed. Referências técnicas para atuação de psicólogas(os)
junto às pessoas idosas nas políticas públicas
[livro eletrônico] / [editor, organização e
coordenação] Conselho Federal de Psicologia. -
1.ed. - Brasília, DF : Conselho Federal de
Psicologia, 2025
PDF

Bibliografia.

ISBN 978-65-981913-7-5

1. Idosos - Aspectos psicológicos. 2. Idosos - Saúde
mental. 3. Psicologia - Prática. 4. Políticas públicas.
I. Conselho Federal de Psicologia.

10-2025/40

CDD 150.287

Índice para catálogo sistemático:

1. Idosos : Saúde mental : Políticas públicas : Psicologia
150.287

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

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 – Supervisor

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

Assessoria Parlamentar (ASPAR)

Erick da Silva Vieira - Supervisor
Fernanda Santos Pinheiro de Gusmão - Assessora
Mário Augusto Rodrigues Moreira - Técnico Administrativo

Gestão do Projeto

Queli Cristina do Couto Araújo

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); Isabel Scrivano Martins Santa Bárbara e Luisa Bertrami D'Angelo (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); Pércles 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); Katiuska 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); Ellie Cristina Silva Ribeiro (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).

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA
XIX Plenário
Gestão 2022-2025

Diretoria

Alessandra Santos de Almeida	Presidente (vice presidente entre 23/4/2024 e 12/06/2025)
Izabel Augusta Hazin Pires	Vice-presidente (secretária de 16/12/2022 a 12/06/2025)
Rodrigo Acioli Moura	Secretário (a partir de 13/06/2025)
Neuza Maria de Fátima Guareschi	Tesoureira (a partir de 13/06/2025)

Conselheiras(os)

Antonio Virgílio Bittencourt Bastos	
Carla Isadora Barbosa Canto	
Carolina Saraiva	
Célia Mazza de Souza	(tesoureira de 16/12/2022 a 12/06/2025)
Clarissa Paranhos Guedes	
Evandro Moraes Peixoto	
Fabiane Rodrigues Fonseca	
Gabriel Henrique Pereira de Figueiredo	
Ivani Francisco de Oliveira	(vice-presidente de 16/12/2022 a 19/04/2024)
Jefferson de Souza Bernardes	
Juliana de Barros Guimarães	
Maria Carolina Fonseca Barbosa Roseiro	
Marina de Pol Poniwas	
Nita Tuxá	
Pedro Paulo Gastalho de Bicalho	(presidente de 16/12/2022 a 12/06/2025)
Raquel Souza Lobo Guzzo	
Roberto Chateaubriand Domingues	
Rosana Mendes Éleres de Figueiredo	

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas
ABPsiGero	Associação Brasileira de Psicogerontologia
ABRAZ	Associação Brasileira de Alzheimer
ACE	Agente de Combate às Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
AD	Atenção Domiciliar
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
AMB	Associação Médica Brasileira
ANPEPP	Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia
Anvisa	Agência Nacional de Vigilância sanitária
APA	American Psychological Association
APHRC	African Population and Health Research Center
APP	Associação Portuguesa de Psicogerontologia
APPOA	Associação Psicanalítica de Porto Alegre
APS	Atenção Primária à Saúde
AVD	Atividades de Vida Diária
BBRC	Bateria Breve de Rastreo Cognitivo
BPC	Benefício de Prestação Continuada
CAPS	Centros de Atenção Psicossocial
CER	Centro Especializado em Reabilitação
CES-D	Center for Epidemiologic Studies Depression Scale
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CGQ	Caregiver Guilt Questionnaire
covid-19	coronavírus disease 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	Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa
CMI	Centro de Medicina do Idoso
CNDI	Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa
CNDPI	Conselho Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
CoNaDe	Coalizão Nacional pelas Demências
COREPSI	Congresso Regional de Psicologia
CRP	Conselho Regional de Psicologia
DA	Doença de Alzheimer
DASS	Depression Anxiety and Stress Scale
DCNs	Diretrizes Curriculares Nacionais
EACH	Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo
eAPP	Equipe de Atenção Primária Prisional
EBADEP- ID	Escala Baptista de Depressão- Idosos
eCR	Equipe de Consultório na Rua
EFPA	European Federation of Psychologists Associations
ELSI-Brasil	Estudo Longitudinal de Saúde dos Idosos Brasileiros
EMAD	Equipe Multiprofissional de Atenção Domiciliar
EMAP	Equipe Multiprofissional de Apoio
ESfs	Estratégias de Saúde da Família
eSFR	Equipe de Saúde da Família Ribeirinha
EUA	Estados Unidos da América
FAP	Fundação de Amparo à Pesquisa
FCM	Faculdade de Ciências Médicas
FIA- USP	Fundação Instituto de Administração- Universidade de São Paulo
FIBRA	Estudo da Fragilidade em Idosos Brasileiros

FPOP	Faculty of the Psychology of Older People
FSCMPA	Fundação Santa Casa da Misericórdia do Pará
FURG	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
GAI	Geriatric Anxiety Inventory
GDS	Geriatric Depression Scale
GT	Grupo de Trabalho
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
HAM-D	Hamilton Depression Rating Scale
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HUB	Hospital Universitário de Brasília
HUJBB	Hospital Universitário João de Barros Barreto
IAG	International Association of Gerontology
IAGG	International Association of Gerontology and Geriatrics
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICOPE	Integrated Care for Older People
ILPIs	Instituições de Longa Permanência para Idosos
IPA	International Psychogeriatric Association
IPEA	Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada
IQCODE- BR	Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly
IVCF	Índice de Vulnerabilidade Clínico- Funcional
IVSF	Índice de Vulnerabilidade Social e Familiar
JICA	Japan International Cooperation Agency
LOAS	Lei Orgânica de Assistência Social
LGBTQIA+	lésbicas, gays, bissexuais, transgêneros, <i>queer</i> , intersexuais, assexuais e demais orientações sexuais e identidades de gênero

MEEM	Mini Exame do Estado Mental
MIQA	Multidimensional Integrado de Qualidade e Atendimento
MoCa	Montreal Cognitive Assessment
MP	Ministério Público
MPD	Modelo de Processo Dual do Luto
MSE	Medidas Socioeducativas
NASF	Núcleo Ampliado de Saúde da Família
NIA	National Institute on Aging
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
PAEFI	Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos
PAF	Plano de Acompanhamento Familiar
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
PIA	Plano Individual de Atendimento
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PNADC	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua
PNAS	Política Nacional de Assistência Social

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
PPC	Projetos Pedagógicos de Curso
PPCT	Processo-Pessoa-Contexto-Tempo
PRAC/UFPB	Pró-Reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários da Universidade Federal da Paraíba
PSB	Proteção Social Básica
PSE/MC	Poteção Social Especial de Média Complexidade
PTS	Plano Terapêutico Singular
PUC- MG	Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais
PUC-RS	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
PUC-SP	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
RAS	Redes de Atenção à Saúde
RAPS	Rede de Atennção Psicossocial
RAU	Rede de Atenção às Urgências
RDC	Resolução de Diretoria Colegiada
RENADI	Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa
SAD	Serviço de Atenção Domiciliar
SAICA	Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SATEPSI	Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos
SEAS	Serviço Especializado de Abordagem Social
SES-RS	Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul
SBG	Sociedade Brasileira de Geriatria
SBGG	Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia

SCFV	Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos
SEAS	Serviço Especializado de Abordagem Social
SELSA	Social and Emotional Loneliness Scale for Adults
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SINAN-MS	Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Ministério da Saúde
SIPI	Società Italiana Psicologia dell'Invecchiamento
SISC	Sistema de Informações do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos
SUAS	Sistema Único de Assistência Social
SUS	Sistema Único de Saúde
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
TSF	Trabalho Social com Famílias
TLP	Transtorno de Luto Prolongado
UATI	Universidade Aberta à Terceira Idade
UBS	Unidades Básicas de Saúde
UCF	University of Central Flórida
UEPB	Universidade Estadual da Paraíba
UERJ	Universidade Estadual do Rio de Janeiro
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFDPAr	Universidade Federal do Delta do Parnaíba
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UFPA	Universidade Federal do Pará
UFPB	Universidade Federal da Paraíba
UFRB	Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFSCar	Universidade Federal de São Carlos
ULAPSI	União Latino-Americana de Entidades de Psicologia
UNAMA	Universidade da Amazônia
UNB	Universidade de Brasília

Unicamp	Universidade Estadual de Campinas
Uniterci	Programa de Extensão Universidade da Pessoa Idosa
USFCar	Universidade Federal de São Carlos
USP	Universidade de São Paulo
VES	Vulnerable Elders Survey
VISA	Vigilância Sanitária

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	16
CREPOP - CENTRO DE REFERÊNCIA TÉCNICA EM PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS	18
SOBRE A COMISSÃO	21
INTRODUÇÃO.....	26
EIXO 1: DIMENSÃO ÉTICO-POLÍTICA DO ENVELHECIMENTO	40
Atuação da Psicologia nas políticas públicas para a pessoa idosa.....	41
Valorização e marginalização da velhice: perspectiva sócio-histórica-cultural	43
Levantamento Histórico de Ações para a População Idosa no Sistema Conselhos de Psicologia	49
Marcos legais e históricos das políticas públicas para a população idosa	51
Instituições de Longa Permanência para Idosos - ILPIs: realidades e desafios.....	63
Estatuto da pessoa idosa: adaptações legais e avanços normativos.....	65
Conferências e controle social: a Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa – RENADI.....	66
Década do envelhecimento saudável 2020-2030: perspectivas globais e ações locais	68
EIXO 2- PSICOLOGIA E ENVELHECIMENTO	73
Geriatria, Psicogeriatria, Gerontologia e Psicogerontologia: Definições e Diferenciações Conceituais.....	74
Psicogerontologia: breve histórico e consolidação como campo científico	79
Processos de desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas teóricas e paradigmas contemporâneos.....	93
Reflexões sobre a interseccionalidade na Psicogerontologia.....	101

Envelhecimento nas comunidades com autismo e/ou deficiência intelectual	110
Envelhecimento e Síndrome de Down	111
A importância de reconhecer e combater o idadismo na prática psicológica.....	113
Estratégias e Recomendações para o Enfrentamento do Idadismo: Aplicações para a Psicologia na Atenção à Pessoa Idosa	119
Violência contra a pessoa idosa: Considerações iniciais	124
EIXO 3: ATUAÇÃO DA (O) PSICÓLOGA (O) NOS SERVIÇOS ESPECÍFICOS	128
Abordagem interdisciplinar, interprofissional e intersetorial	130
Serviços e níveis de complexidade dos Serviços Socioassistenciais do SUAS e dos Serviços de Saúde do SUS	134
Multidimensionalidade da pessoa idosa	152
Funcionalidade Global	155
Status cognitivo e saúde mental	158
Redes sociais	161
Relações Familiares	162
Relações afetivo sexuais e conjugais.....	165
Morte e Luto	170
Religiosidade e espiritualidade	174
Pessoas idosas com demência	175
Cuidadores familiares.....	178
Avaliação multidimensional.....	182
Ferramentas e Práticas	187
Promoção da saúde e bem-estar no envelhecimento	195
Trabalho domiciliar com pessoas idosas.....	199
Atuação em Instituições de Longa Permanência para Pessoas Idosas (ILPI's) e o Direito à moradia das pessoas idosas	204

Intervenções psicossociais em contextos de crise.....	209
Atuação no contexto da violência contra pessoas idosas	211

EIXO 4 - FORMAÇÃO DE PSICÓLOGAS (OS) E NOVAS PERSPECTIVAS DE ATUAÇÃO JUNTO AO ENVELHECIMENTO NAS POLÍTICAS PÚBLICAS BRASILEIRAS221

Impacto do envelhecimento populacional na Psicologia e na formação profissional.....	222
Lacunas na formação acadêmica em Psicogerontologia	224
Diretrizes Curriculares Nacionais - DCNs e a necessidade de uma formação crítica e inclusiva sobre o envelhecimento.....	226
Fragmentação do ensino sobre envelhecimento e seus efeitos na prática profissional	228
Perspectivas e desafios para a inclusão de conteúdos e estágios em Psicogerontologia	231
Idadismo na desvalorização da área.....	234
Psicogerontologia: importância do campo emergente e reconhecimento profissional	237
Capacitação e formação continuada: propostas para inclusão do tema nos currículos	239
Recomendações de políticas institucionais, educacionais e intersetoriais	242
Proposições legislativas em tramitação no Congresso Nacional	246

CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 253

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 256

ANEXO 1- COMO ESTÃO AS PRODUÇÕES CIENTÍFICAS SOBRE PESSOAS IDOSAS NO CAMPO DA PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS.....312

ANEXO 2 - TABELA COM TODOS OS ARTIGOS ENCONTRADOS PARA A REVISÃO SISTEMÁTICA 317

CONHEÇA AS DEMAIS REFERÊNCIAS TÉCNICAS PUBLICADAS PELO CREPOP 329

APRESENTAÇÃO

O Conselho Federal de Psicologia (CFP) apresenta à sociedade em geral, a REFERÊNCIA TÉCNICA PARA ATUAÇÃO DE PSICÓLOGAS(OS) JUNTO ÀS PESSOAS IDOSAS NAS POLÍTICAS PÚBLICAS, produzido no âmbito do Centro de Referências Técnicas em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP).

A elaboração desta Referência surge em um contexto de profundas transformações demográficas e sociais, tanto no Brasil quanto no mundo. O envelhecimento populacional acelerado evidencia a necessidade de um olhar ampliado para as questões que envolvem a saúde mental, o bem-estar e a qualidade de vida das pessoas idosas. De acordo com projeções do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2024), estima-se que até 2050 mais de 30% da população brasileira será composta por pessoas com 60 anos ou mais, impondo desafios significativos para as políticas públicas e para os profissionais que atuam diretamente com esse público.

Neste cenário, o papel das(os) psicólogas¹²(os) torna-se imprescindível para garantir intervenções qualificadas, humanizadas e pautadas em práticas exitosas. A complexidade do envelhecimento demanda uma atuação que considere as múltiplas dimensões da velhice, integrando aspectos biopsicossociais, culturais e econômicos, com atenção especial para as intersecções de território, raça, etnia, classe, geração, deficiências, identidades e expressões de gênero, que

-
- 1 A Psicologia é uma profissão composta por 79,2% de mulheres (CFP, 2022). Para garantir a visibilidade das mulheres, não utilizamos como regra gramatical o “masculino universal”, além de toda vez que o texto referir à categoria, as psicólogas aparecerão em primeiro plano.
 - 2 Em casos de citação de textos e documentos que não utilizem a regra apresentada na Nota 1, optou-se pela manutenção do texto original.

são marcadores sociais de diferenças e impactam de forma distinta o processo de envelhecer.

A referência técnica aqui apresentada, foi organizada em torno de quatro eixos temáticos, favorecendo a compreensão e a prática da Psicologia junto às pessoas idosas. Contou com a colaboração de um grupo de especialistas na área que, junto ao Conselho Federal de Psicologia, tem como objetivo reafirmar o compromisso ético e social da Psicologia com a promoção dos direitos das pessoas idosas. O trabalho conjunto teve como objetivo a construção de diretrizes que orientam a prática profissional de forma crítica, inclusiva, participativa e alinhada aos princípios da justiça social e dos direitos humanos.

O XIX Plenário do CFP agradece a todas as pessoas que contribuíram na elaboração desta Referência Técnica, em especial às psicólogas especialistas responsáveis pela redação.

Espera-se que esta publicação seja um instrumento de orientação e formação da prática profissional e de reafirmação do compromisso ético-político da Psicologia, que auxilie profissionais e estudantes na aproximação com esse campo, contribuindo para a transformação das realidades sociais, o fortalecimento das políticas públicas e a promoção de uma sociedade mais justa, equitativa, inclusiva e participativa.

XIX Plenário
Conselho Federal de Psicologia

CREPOP - CENTRO DE REFERÊNCIA TÉCNICA EM PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS

O Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP), regulamentado pela Resolução CFP Nº 14/2022, é resultado do V Congresso Nacional da Psicologia (CNP), ocorrido em Brasília, em junho de 2004, que reuniu psicólogas delegadas eleitas nos 15 Congressos Regionais da Psicologia (COREPSIs) realizados por todo o Brasil, e iniciou suas atividades em 2006, com o propósito de qualificar a atuação das(os) psicólogas(os) no âmbito das políticas públicas. Como ferramenta do Sistema Conselhos de Psicologia, o CREPOP busca sistematizar e difundir o conhecimento sobre a prática da Psicologia, qualificando e respaldando a atuação profissional em um cenário de crescente inserção de psicólogas(os) nas políticas públicas brasileiras.

As ações do CREPOP visam minimizar as lacunas existentes entre a formação e a prática profissional, bem como evidenciar a contribuição da Psicologia na elaboração e implementação de políticas públicas. Isso é feito por meio da interlocução com espaços de formulação, gestão e execução, e da elaboração de Referências Técnicas que possam servir transversalmente à categoria.

O CREPOP tem como objetivo ampliar a atuação de psicólogas(os) na esfera pública, comprometendo-se com a plena garantia de Direitos Humanos e os princípios fundamentais do Código de Ética Profissional da Psicologia.

Nessa perspectiva, a Psicologia brasileira tem experimentado um crescimento significativo no campo das políticas públicas, sobretudo diante do reconhecimento da diversidade de povos e

comunidades, tal como diante do respeito e equidade na execução destas. Historicamente, a categoria se concentrou em práticas clínicas, mas atualmente, a atuação nesse campo abrange uma ampla gama de saberes e práticas, incluindo a Psicologia Social, Institucional, Jurídica e Hospitalar, entre outras.

A introdução de aspectos relacionados às Políticas Públicas tem gerado uma demanda crescente por ações com responsabilidade social, conforme estabelecido no Código de Ética Profissional (CFP, 2005). O CREPOP, considerando o disposto na Lei nº 5.766/71, que instituiu o Conselho Federal de Psicologia (CFP) e os Conselhos Regionais de Psicologia (CRPs), com o objetivo de orientar o exercício profissional de psicólogas(os), adota uma metodologia de trabalho baseada na colaboração de especialistas com experiência teórica e prática nas temáticas abordadas.

O Sistema Conselhos de Psicologia reconhece que o conhecimento é gerado não apenas pela formação acadêmica e pela pesquisa, mas também pela prática profissional. Assim, o processo de elaboração das Referências Técnicas é democrático e, neste sentido, é fundamental ouvir a categoria sobre sua experiência em políticas públicas, como ponto de partida para a elaboração de orientações técnicas.

O CREPOP é composto por equipes nos Conselhos Regionais de Psicologia (CRPs) e no Conselho Federal de Psicologia (CFP), que realizam investigações sobre a prática profissional e desenvolvem uma agenda local de atividades, incluindo seminários, diálogos com instituições formadoras e gestores de políticas públicas, além de pesquisas locais, refletindo a necessidade de atualização contínua das práticas psicológicas em face das realidades mutáveis.

O processo de elaboração de uma Referência Técnica começa nos Congressos Regionais de Psicologia e no Congresso Nacional de Psicologia. É nesse contexto que as ações prioritárias são definidas

e os temas das Referências Técnicas são escolhidos e aprovados, a partir de demandas de orientação indicadas pela própria categoria.

A produção de Referências Técnicas pode ser realizada de duas maneiras. A primeira envolve uma investigação sobre a prática profissional, que inclui coleta de dados quantitativos e qualitativos, seguida da análise dos resultados, por uma comissão de especialistas convidada pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP). Essa comissão elabora um documento de referência, que aborda as questões identificadas pela categoria. A segunda abordagem não inclui a investigação e a comissão é responsável por elaborar o documento. Essa, respalda-se pelo baixo quantitativo ou incidência da Psicologia no campo de atuação que a Referência Técnica será produzida.

Para que os trabalhos da comissão sejam possíveis, ainda que não haja um ciclo de pesquisa completo, a Rede CREPOP fornece dados de mapeamento da atuação da Psicologia no campo a ser referenciado e a comissão se debruça sobre a realidade da Psicologia nos territórios, bem como ao que estabelecem as normativas vigentes da Psicologia e das Políticas Públicas para construção do documento de orientação. Em ambos os casos, o documento é submetido à consulta pública para garantir a participação da efetiva categoria.

Nos últimos anos, o CREPOP tem realizado um intenso processo de revisão e publicação de novas referências, passando de 13 publicações em 2013, para 28 volumes atualmente disponíveis para orientar a categoria.

Cada Referência Técnica é o resultado de um esforço coletivo que envolve a contribuição de inúmeras pessoas. São centenas de profissionais que compartilham suas experiências, milhares que respondem a pesquisas online, equipes que sistematizam dados e especialistas que analisam e elaboram os documentos. Além disso, a consulta pública envolve a participação de mais de uma centena de pessoas que contribuem a partir de suas experiências e conhecimentos técnico-científicos. As Referências Técnicas são desenvol-

vidas com a categoria e para a categoria, refletindo a diversidade e a riqueza da experiência profissional.

SOBRE A COMISSÃO

Esta Referência Técnica é resultado do trabalho dedicado de uma comissão de especialistas, composta por renomadas 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*, Estados Unidos da América (UCF, EUA). Doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília (UnB), onde efetuou Estágio de Pós-Graduação no Centro de Referência em Assistência à 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 Pessoas Idosas 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 (IPq-HC-FMUSP). Co-pesquisadora do Ambulatório Brasileiro de Vida Adulta e Envelhecimento da Pessoa com Síndrome de Down

(IPq-HC-FMUSP). 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. É *podcaster* do *Viver Podcast* (*Youtube* e *Spotify*). Durante as atividades de pós-doutorado, também coordenou grupos de apoio aos familiares cuidadores de pessoas idosas com doença de Alzheimer 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) e do Grupo de Trabalho (GT) de Psicogerontologia da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia (ANPEPP). É membro da comissão permanente dos Direitos da Pessoa Idosa da OAB-SP, 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 (Unicamp) 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 da Universidade do Recôncavo da Bahia (UFRB). É bolsista de produtividade em pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (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 Grupo de Trabalho (GT) de Psicogerontologia da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia (ANPEPP). Foi membro da Diretoria da Associação Brasileira de Psicologia do Desenvolvimento (Gestão 2020-2022). Coordenou o GT Psicologia, Envelhecimento e Velhice do CRP-03. É sócio-fundadora e membro do conselho consultivo da Associação Brasileira de Psicogerontologia (ABPsiGero). Tem experiência na área de Psicologia do Envelhecimento.

Joana Finkelstein Veras

Psicóloga graduada pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUC-RS) em 2004. Realizou Residência Integrada em Saúde na Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (2007), é especialista em Psicologia da Saúde (CFP, 2021) e Preceptoria no Sistema Único de Saúde (SUS) (2017). Fez percurso em Psicanálise na Associação Psicanalítica de Porto Alegre (APPOA) (2021). Está cursando o mestrado em Psicologia Social e Institucional na Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS) e pesquisa o tema da violência na velhice. Desde 2014 trabalha na Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, 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 Rio Grande do Sul 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 e Aspectos Psicossociais em Saúde). É bolsista de produtividade em pesquisa do CNPq. Fez parte do GT Relações Intergrupais, Preconceito e Exclusão Social da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia (ANPEPP) e atualmente compõe o GT Psicogerontologia. Atuou como conselheira municipal dos direitos da pessoa idosa (2022-2024) representando o CRP 13/PB. É sócio-fundadora e membro do conselho consultivo da Associação Brasileira de Psicogerontologia (ABPsiGero). 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 pela Universidade da Amazônia (UNAMA) (2006). Mestra em Gestão e Saúde pela Fundação Santa Casa de Misericórdia do Pará (FSCMPA) (2016), especialista em Psicologia da Saúde - CFP (2016) e especialista em Saúde do Idoso pelo Hospital Universitário João de Barros Barreto do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Pará (HUIBB - UFPA) (2012). Realizou aperfeiçoamento em Psicologia Hospitalar e da Saúde - Hospital Ophir Loyola, em 2007. Psicologia Clínica (Gestalt-Terapia) e Servidora Pública, com atuação no Sistema Único de Assistência Social (SUAS) em Instituição de Longa Permanência para Idosos (ILPI). Preceptora do curso de Psicologia na Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares do HUIBB-UFPA (Residência em Saúde do Idoso) e com experiência em docência no ensino privado na graduação em Psicologia e pós-graduações em Gerontologia.

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 Mestra 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 - Belo Horizonte) e Psicoterapias Cognitivas (Medicina - UFMG). É também professora em cursos de especialização em Gerontologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (PUCMG), Psicologia Médica (UFMG) e Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais (UFMG). Desde 2006, atua como psicoterapeuta cognitivo-comportamental e neuropsicóloga em consultório particular.

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 Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (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, 2020), o contingente de pessoas idosas tem apresentado crescimento contínuo em escala global. Em 2020, estimava-se aproximadamente 1 bilhão de indivíduos com 60 anos ou mais, número que deverá alcançar 1,4 bilhão em 2030. Para 2050, projeta-se que a população idosa ultrapasse 2,1 bilhões, correspondendo a cerca de um quinto da população mundial. Nesse mesmo período, a população com 80 anos ou mais deverá triplicar, atingindo aproximadamente 426 milhões de pessoas.

Importa destacar que essa transição demográfica ocorre de forma desigual entre diferentes regiões do mundo, refletindo assimetrias estruturais globais. Enquanto países de alta renda lidam com os desafios do envelhecimento populacional há várias décadas, nações de baixa e média renda experimentam um crescimento dessa faixa etária em um ritmo acelerado e sem precedentes (OPAS, 2020), processo que não tem sido acompanhado por investimentos proporcionais em políticas públicas.

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 compa-

ração com os dados de 2010. Dessas, 55,7% são mulheres e 44,3% são homens, evidenciando a feminização da velhice no país (IBGE, 2022).

O cuidado integral à pessoa idosa exige estratégias ao longo de todo o curso da 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, históricas, culturais, econômicas, familiares e espirituais. Essas dimensões demandam práticas baseadas em evidências, alinhadas aos marcos legais vigentes, como o Estatuto da Pessoa Idosa (Brasil, 2003), a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) (Brasil, 2006a) 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, implementar e avaliar estratégias que fortaleçam a atuação dos profissionais de Psicologia em suas distintas dimensões, bem como consolidar a formação acadêmica, a pesquisa científica e o desenvolvimento de modelos psicossociais orientados para a promoção de saúde mental. Além disso, é fundamental propor políticas públicas 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 o pro-

cesso 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 político³ da Psicologia é contribuir para a transformação dessas realidades, promovendo um envelhecimento digno e inclusivo.

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) (ONU, 2019), considera-se idosa a pessoa com 60 anos ou mais, em economias periféricas (frequentemente chamados de ‘países em desenvolvimento’ em documentos oficiais), enquanto nas economias centrais, esse marco se inicia aos 65 anos. No Brasil, o Estatuto da Pessoa Idosa (Brasil, 2003) estabelece a idade de 60 anos como o ponto de partida para o reconhecimento legal da condição de pessoa idosa, 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

3 Neste documento, optamos por empregar os termos economias periféricas e economias centrais, em substituição às expressões “países em desenvolvimento” e “países desenvolvidos”. Essa escolha busca alinhar-se a uma perspectiva crítica e decolonial, evitando a reprodução de uma linguagem de matriz neoliberal, que hierarquiza sociedades em trajetórias lineares de progresso. A noção de “periferia” e “centro”, remete à literatura da teoria da dependência e da economia política internacional, permitindo evidenciar as assimetrias históricas e estruturais nas relações globais.

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.

Diante da inexistência de um marco objetivo que defina o início do envelhecimento, a comunidade científica recorre, de forma pragmática, à idade cronológica como referência. No entanto, essa delimitação não é consensual, refletindo a complexidade do fenômeno, que se caracteriza como um processo contínuo, multifatorial e heterogêneo. O envelhecimento é moldado por uma ampla gama de fatores biológicos, psicológicos e sociais, e cada pessoa envelhece de maneira única, influenciada por interações singulares entre aspectos genéticos, ambientais, nutricionais e familiares, ao longo do curso da vida. Ademais, variáveis como gênero, raça, etnia, histórico de saúde, condição econômica e nível educacional, exercem papéis determinantes nesse processo, evidenciando as desigualdades estruturais e o acesso desigual a recursos que favorecem um envelhecimento saudável (Falcão; Dias, 2006; Neri, 2008).

Estudo realizado por Argentieri *et al.* (2025), destacou a importância do ambiente (expossoma) 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 dos processos de envelhecimento no Brasil manifesta-se tanto na forma como as pessoas idosas se percebem e se relacionam com o mundo quanto nas condições objetivas que estruturam suas vidas. Essa constituição subjetiva está intrinsecamente ligada ao contexto social, pois as desigualdades vividas produzem diferentes modos de perceber-se e ser percebido. Embora pessoas idosas residentes em áreas urbanas centrais geralmente encontrem maior disponibilidade de serviços e oportunidades, isso não significa garantia de acesso ou de efetivação de direitos. Por outro lado, em regiões rurais ou periféricas, os obstáculos tendem a ser mais acentuados, mas também, atravessados por experiências de resistência e pertencimento comunitário (Silva *et al.*, 2017). Além disso, mulheres idosas – especialmente negras e indígenas – acumulam desvantagens históricas que impactam 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 com vigor e disposição, identificando-se com idades anteriores à sua idade cronológica, o que pode contribuir para a autoestima e a imagem social, favorecendo 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 utilizados no senso comum e em serviços voltados para as pessoas idosas, são questionáveis e imprecisos. Essas expressões estão frequentemente 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, encobrindo desafios e problemas que a sociedade, muitas vezes, prefere não enfrentar.

O envelhecimento, enquanto fenômeno social, é permeado por estereótipos (como pensamos), preconceitos (como sentimos) e discriminação (como agimos) em relação a outras pessoas ou a nós mesmos, com base na idade. Essas variáveis influenciam diretamente a maneira como diferentes grupos etários são percebidos e tratados na sociedade, impactando desde relações interpessoais, até políticas públicas. Na literatura em língua portuguesa, três termos – *idadismo*, *etarismo* e *ageísmo* – são frequentemente utilizados de forma intercambiável para descrever esse fenômeno. A ausência de padronização terminológica, no entanto, gera variações importantes em seu uso: *idadismo* corresponde à tradução mais literal do termo inglês *ageism* e tem ganhado maior adesão em publicações acadêmicas; *etarismo*, derivado do radical “etário”, enfatiza a dimensão sociocultural da exclusão baseada na idade e; *ageísmo* aproxima-se fonética e graficamente do termo original, sendo considerado um neologismo na língua portuguesa.

O presente documento adota o termo *idadismo* por estar alinhado ao *Relatório Mundial sobre o Idadismo* (OPAS/OMS, 2022), que o utiliza oficialmente em sua versão em português para se referir a todo e qualquer estereótipo, preconceito ou prática discriminatória relacionada à idade. Esse relatório, considerado referência global, destaca que a padronização terminológica é fundamental para aumentar a conscientização e promover mudanças sociais e políticas. Assim, opta-se aqui por *idadismo* como termo técnico preferencial, sem desconsiderar a presença dos demais termos em diferentes contextos acadêmicos e culturais.

O envelhecimento populacional brasileiro apresenta impactos e desafios que assumem contornos específicos em diferentes regiões do país, sobretudo naquelas marcadas por desigualdades estruturais, baixa cobertura de serviços públicos especializados e histórico de invisibilidade política. No Norte, destacam-se as dificuldades relacionadas às longas distâncias geográficas, à concentração

dos serviços nas capitais, à escassez de profissionais fixos em áreas remotas e à baixa capilaridade da rede de atenção. Na Amazônia, o envelhecimento de comunidades indígenas, ribeirinhas, quilombolas e extrativistas, impõe o compromisso com uma escuta qualificada e o respeito às formas tradicionais de cuidado, articulando saberes ancestrais com práticas interdisciplinares culturalmente situadas.

Na Região Nordeste, embora haja experiências comunitárias e políticas inovadoras de envelhecimento, persistem lacunas na interiorização dos serviços, na presença de ILPIs públicas de qualidade, no apoio psicossocial a famílias cuidadoras e no enfrentamento das vulnerabilidades de pessoas idosas de baixa renda, analfabetas ou com histórico de trabalho informal. Na Região Centro-Oeste, o envelhecimento ocorre em meio a grandes distâncias entre municípios, baixa densidade populacional em áreas rurais e concentração dos serviços nas capitais. A expansão do agronegócio e os impactos ambientais e sociais decorrentes dele, também afetam diretamente os modos de vida e os vínculos comunitários em regiões interioranas. Há presença de povos indígenas, comunidades tradicionais e territórios rurais isolados, onde as pessoas idosas enfrentam dificuldade de acesso a cuidados continuados e acompanhamento psicológico. O envelhecimento de agricultores familiares e o esvaziamento populacional das zonas rurais, exigem atenção das políticas públicas à prevenção da solidão, depressão e violência patrimonial.

A Região Sudeste concentra a maior população idosa do país e apresenta a rede mais estruturada de serviços de saúde e assistência social. No entanto, essa estrutura não é homogênea e apresenta desigualdades internas: grandes metrópoles, como São Paulo e Rio de Janeiro, convivem com periferias urbanas, favelas e zonas rurais desassistidas. A velhice da população negra e periférica, marcada por trajetórias de trabalho informal, moradia precária e acesso limitado à saúde, sofre os efeitos cumulativos de desigualdades interseccionais ao longo da vida. O aumento do número de pessoas idosas vivendo

sozinhas, o crescimento da demanda por cuidadores e a precarização do trabalho do cuidado, também impõem novos desafios à proteção social na região. Apesar de apresentar índices elevados de longevidade e cobertura de serviços de saúde, a Região Sul também enfrenta desafios importantes, como o envelhecimento acelerado em pequenas cidades e áreas rurais, especialmente em populações de origem europeia, envelhecidas em propriedades familiares. Além disso, os fluxos migratórios e o êxodo rural têm impacto nas relações familiares e no cuidado intergeracional. A institucionalização é comum em algumas cidades, o que exige cuidados éticos e fiscalização, para evitar práticas negligentes.

É igualmente fundamental reconhecer os processos de envelhecimento vivenciados por pessoas com deficiência e por grupos com necessidades específicas, cujas trajetórias são frequentemente influenciadas por múltiplas vulnerabilidades e negligenciadas pelas políticas públicas e práticas profissionais. Destacam-se, entre esses grupos, as pessoas com Síndrome de Down, que apresentam risco aumentado de declínio cognitivo precoce, incluindo a doença de Alzheimer; as pessoas com transtornos mentais graves; e aquelas com Transtorno do Espectro Autista (TEA), cujas demandas na velhice permanecem pouco compreendidas e ainda invisibilizadas. O mesmo se aplica a indivíduos com deficiência intelectual, física ou múltipla, cujos direitos ao envelhecimento digno, ao cuidado continuado e à inclusão social devem ser efetivamente garantidos.

Esses públicos frequentemente enfrentam múltiplas vulnerabilidades ao longo do curso da vida, como barreiras de acesso ao cuidado continuado, preconceito duplo (capacitista e idadista) e lacunas nos serviços de atenção psicossocial à medida que envelhecem. Nesse cenário, é papel da Psicologia contribuir com uma abordagem interseccional, ética e tecnicamente qualificada, promovendo o cuidado integral, a articulação com redes de apoio, o suporte familiar e o protagonismo dessas pessoas nos espaços públicos e comunitários.

Esses contextos exigem políticas regionais atentas às desigualdades históricas e à pluralidade das velhices brasileiras. Reconhecer as especificidades territoriais do envelhecimento no Brasil é essencial para evitar modelos generalistas e urbanos, que não dão conta da diversidade do país. Também, é fundamental que a Psicologia, enquanto ciência e profissão, contribuam para a garantia de direitos humanos e o fortalecimento das redes locais de cuidado, contribuindo para a formulação e implementação de políticas públicas regionalizadas, que promovam o envelhecimento ativo e plural.

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 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 no 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 contribuiu significativamente para o fortalecimento dessas discussões. Por meio de estudos científicos e práticas profissionais, psicólogos(os) têm promovido a valorização do envelhecimento, aprimorando a formação e a atuação profissional no campo.

Destaca-se também, a realização da Conferência Livre Nacional “Psicologia e Velhices Plurais: Proteção de Direitos, Enfrentamento às Violências e Fortalecimento dos Conselhos de Direitos”, promovida pelo CFP em setembro de 2025, que teve como objetivo construir propostas a serem encaminhadas à 6ª Conferência Nacional dos Direitos da Pessoa Idosa (6ª CONADIPI).

Nessa direção, a presente Referência Técnica 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.

Visão Geral dos Quatro Eixos Temáticos

Este documento, seguindo a metodologia dos relatórios técnicos desenvolvidos pelo CREPOP, organiza-se em quatro eixos temáticos, que visam orientar a atuação das(os) psicólogas(os) no campo das políticas públicas. Nesse sentido, essa estrutura tem como objetivo sistematizar os principais desafios e diretrizes para a prática profissional, considerando a interface entre os marcos legais, os princípios ético-políticos da Psicologia e as especificidades do envelhecimento humano. Cabe destacar, no entanto, que a Psicogerontologia é um campo interdisciplinar e multifacetado, cujas bases teóricas e práticas ultrapassam os eixos aqui sistematizados.

Eixo 1: Dimensão Ético-Política do Envelhecimento

Este eixo aborda a perspectiva sócio-histórica-cultural em relação à imagem da velhice na história e diferentes culturas, 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 pro-

fissional, 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, Centros de Atenção Psicossocial (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. Destaca ainda, a importância da capacitação continuada – por meio de cursos *lato sensu*, *stricto sensu* e *residências multiprofissionais* – e da formação crítica, voltada 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.

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 públicas⁴.

Este eixo apresenta os fundamentos ético-políticos que orientam a atuação da Psicologia junto à população idosa nas políticas públicas. Parte-se do reconhecimento de que o envelhecimento é atravessado por desigualdades sociais, culturais e institucionais, exigindo um posicionamento profissional comprometido com os direitos humanos

4 Para saber mais do conceito usado acesse: “Políticas públicas: o que são e para que servem na prática?”, da Fundação Instituto de Administração - Universidade de São Paulo - FIA-USP, 2022.

e a justiça social. São discutidos os principais marcos legais, como o Estatuto da Pessoa Idosa e os tratados internacionais, bem como, os estigmas associados à velhice. A Psicologia é convocada a atuar com escuta qualificada, senso crítico e compromisso com a transformação das realidades de exclusão que afetam pessoas idosas no Brasil.

Atuação da Psicologia nas políticas públicas para a pessoa idosa

No contexto da Psicologia, a atuação em políticas públicas vai além de intervenções diretas com a população, 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).

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.

Valorização e marginalização da velhice: perspectiva sócio-histórica-cultural

Refletir sobre a posição ético-política das(os) psicólogas(os) junto à população idosa exige uma reflexão acerca do processo sócio-histórico de construção das representações sociais da velhice e na maneira como diferentes culturas atribuem sentido a essa etapa da vida. A compreensão da estigmatização das velhas e velhos⁵ na sociedade contemporânea, passa, necessariamente, pela análise das imagens, discursos e práticas historicamente produzidos por sociedades ocidentais e ocidentalizadas, que construíram imagens e significações que repercutem na realidade atual das condições de vida e das experiências subjetivas deste grupo etário.

-
- 5 Não há consenso na visão de autores que estudam a velhice em relação ao uso da expressão velho(a). Brum (2012), Carneiro (2017) e Kalache (2021), são críticos à expressão 'pessoa idosa', pois, para eles, esta mascara a subjetividade e singularidade, assim como também afastam e negam que a velhice é uma inevitável etapa de vida, a mais próxima da morte, caso esta não acontecer por outras circunstâncias mais cedo na vida. Kalache (2021) apresenta a ideia de que chegar a ser velho é o melhor cenário possível da vida. Porém, as expressões 'velho(a)' não são comumente utilizadas no âmbito da política pública, que adotou a nomenclatura de 'idosos(as)' e mais recentemente, dá preferência a 'pessoas idosas'. 'Pessoa' remete à ideia de combate à desumanização do envelhecimento, além de ser um termo mais inclusivo (Projeto de Lei nº 3.646/2019, que altera o Estatuto da Pessoa idosa). Estas últimas expressões, no Brasil, falam da(o) cidadã(ão) de 60 anos ou mais de idade e que está sob a proteção das políticas públicas, que determina garantia de direitos e ao mesmo tempo delimita o pertencimento a esse grupo, a partir do marcador cronológico. De toda forma, as autoras deste trabalho entendem que a expressão 'pessoa idosa' é de uso geral nas políticas públicas e, mesmo que de forma crítica, compreendem a necessidade de delimitação quando se trata da universalização de direitos. Por isso, o texto adotou, na maior parte desta referência técnica, a expressão 'pessoa idosa'. No entanto, o presente subtópico discorre sobre a perspectiva histórica das significações dada à velhice. Nesse contexto, as autoras acreditam que faz sentido utilizar as expressões velha, velho e pessoas mais velhas, pois consideram que estas indicam a etapa da vida das pessoas, a última da existência humana, não configurando adjetivos pejorativos.

A ideia amplamente difundida de que em tempos passados os(as) velhos(as) eram mais valorizados(as) que, atualmente, generaliza e idealiza a noção de velhice de outros tempos históricos. Embora haja algo de verdadeiro que pode se aplicar a certas sociedades e períodos, essa máxima não condiz com o trazido por robustos estudos sócio-históricos, principalmente os voltados para as culturas ocidentais e ocidentalizadas (Beauvoir, 2018; Secco, 1999; Debert, 1998). Estes verificaram, desde a antiguidade até a modernidade, uma conotação de negativismo relacionada à figura dos(as) velhos(as), mesmo que tenha havido momentos em que este lugar foi atenuado por fatores políticos ou socioeconômicos, que deram a essas figuras um certo prestígio, como no caso da Grécia e Roma Antigas.

Na Grécia antiga, de forma geral, envelhecer estava relacionado à transmissão de exemplos, sendo as pessoas idosas responsáveis pela educação dos mais novos e detentores de conhecimentos ligados à magia e à religião. Na Grécia clássica surgiu a dicotomia entre velhice e juventude, a partir dos deuses da mitologia grega. A deusa Hebe e o deus Eros associavam-se ao ideal de juventude, sendo a velhice atribuída à deusa Nix, personificação da noite, e ao deus Tântatos, que representava a morte. Já na Grécia dos séculos V e IV a. C., havia padrões gerontocráticos que se exerciam por uma apologia às pessoas de idade avançada. As tragédias da época associavam o(a) velho(a) a um ideal de magnitude e nobreza, considerando-o como um sujeito de ação. Porém, observou-se que os valores gerontocráticos valiam apenas para os defensores dos poderes dominantes. Tempos depois, os(as) velhos(as) passam a ser diminuídos de forma mais generalizada e a Grécia perde o título de sociedade gerontocrática. Isso também refletiu nas comédias da época, nas quais essas pessoas passaram a ser ridicularizadas. Movimento semelhante ocorreu na Roma Antiga, governada pelo Senado, que era constituído por anciãos e gerenciava toda a diplomacia romana da época. No momento em que os velhos perdem o governo para os jovens militares, a

velhice começou a ser desprestigiada. Mais adiante, os valores de rejuvenescimento da Idade Média, assim como os ideais de beleza e perfeição do Renascimento são exemplos da acentuação de atitudes depreciativas frente à velhice, com destaque à crescente visão repulsiva e debochada dos mais velhos (Secco, 1999).

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 (2022) 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.

No século XIX, marcado pela urbanização, industrialização e a emergência dos valores burgueses, à velhice foi concedido o significado de um segundo momento da infância; ao velho foi permitido ocupar o lugar do ócio, como uma forma de recompensa pelos anos de trabalho. Debert (2004) referiu-se a este processo como a invenção social da velhice moderna. Junto ao nascimento de um novo paradigma para as famílias, surgia uma nova imagem dos velhice. Ao mesmo tempo, a autora 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.

Nas últimas décadas do século XIX, após a revolução industrial da Inglaterra, a velhice se fortaleceu como uma categoria alvo das lutas de classe. Os velhos e velhas das sociedades ocidentais industrializadas passaram a viver imersos em uma realidade de exploração trabalhista capitalista e perda de segurança econômica, o que se alia a um enfraquecimento dos laços familiares, típico das sociedades modernas em que a convivência intergeracional não se sustenta

mais da mesma forma que nas sociedades tradicionais, nas quais as pessoas mais velhas não precisavam mais trabalhar. Isto transforma as pessoas idosas em um peso para as famílias e para o Estado. Ao mesmo tempo, essas crises possibilitaram a luta dos movimentos sociais e a consolidação do direito da aposentadoria (Debert, 2004).

A partir da década de 1990, a velhice passa a ocupar um lugar privilegiado na pauta das políticas públicas, no mercado de consumo, na política eleitoral e na mídia. Isso tudo foi criando novas imagens da velhice, de uma certa positividade, se comparado a como ela era vista no século XIX, como uma etapa de decadência física e ausência de papéis sociais. Porém, essa visão positiva se restringe até os dias atuais ao grupo de pessoas que consegue acessar e usufruir de certos bens e serviços, ficando a população idosa frágil à margem. Debert (2004), também sinalizou um processo de reprivatização do envelhecimento, no qual o cuidado com a pessoa idosa é progressivamente (re)deslocado para o âmbito familiar e privado, como ocorria antes do tempo histórico da modernidade, em que a velhice era problema da família. Porém, nesse processo de reprivatização, a responsabilização da velhice passa a ter grande peso sobre o indivíduo, diminuindo a responsabilidade do Estado frente às necessidades da velhice. Uma série de fatores contribuíram para isso, como o advento da aposentadoria, o surgimento do movimento social das pessoas idosas e o discurso do envelhecimento saudável.

Na contemporaneidade, a desumanização da velhice se manifesta de diversas formas. Kalache (2021) utilizou o termo “cultura do antienvelhecimento” para falar de manifestações que dizem respeito às representações sociais depreciativas da velhice nas sociedades ocidentais e ocidentalizadas. Ressaltou entre as formas de apresentação do desdém à essa fase da vida, o fato de o Brasil ser o segundo país a gastar mais em cirurgias plásticas, depois dos Estados Unidos.

Um estudo de Cepellos (2021), visibilizou o recorte do preconceito de gênero na velhice; este estudo buscou compreender como as mu-

lheres executivas vivenciavam seus corpos envelhecidos no contexto organizacional. Concluiu-se, a partir de uma análise do conteúdo de discursos femininos sobre suas experiências, que os corpos das mulheres mais velhas se apresentavam menos valorosos e pareciam ter que ocupar lugares desprestigiados na hierarquia social das organizações. Para mitigar os ditos prejuízos, as mulheres acabavam recorrendo a procedimentos estéticos, adotando mudanças alimentares e práticas de exercícios com o objetivo de disfarçar o envelhecimento.

Krenak (2019) ressaltou, a partir da ênfase dada no mundo ocidental à cronologia como principal fator da passagem do tempo, a relação que a velhice acaba tendo com o mercado. Para ele, nas sociedades ocidentalizadas, a lógica do tempo das mercadorias e seus prazos de vencimento acabou sendo aplicada à passagem do tempo das pessoas, que inclusive tem idade marcada para virar velhas. Esse pensamento reflete a conexão dos povos indígenas com a natureza, que subverte a lógica que valoriza o tempo cronológico. As diferentes narrativas dos povos indígenas sobre a origem da vida e a transformação humana na terra são memórias de quando se era algo na natureza. “Porque tem gente que era peixe, tem gente que era árvore antes de se imaginar humano. Todos já fomos alguma coisa antes de sermos pessoas” (Krenak, 2020, p. 51).

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).

A perspectiva das culturas africanas também diversificou a discussão do lugar ocupado pelas pessoas mais velhas nas sociedades. Bento (2025) destacou o quanto a tradição africana valoriza a oralidade e o papel das velhas e velhos como detentores de sabedoria e memória coletiva. O provérbio africano que diz “quando um

idoso morre, é como se uma biblioteca fosse queimada”, expressa a potência desse lugar de transmissão intergeracional. Nas sociedades africanas tradicionais, a pessoa idosa era a contadora de histórias, quem guardava e compartilhava os saberes da comunidade, não apenas como indivíduo, mas como representante de um coletivo. Mesmo em contextos marcados por dificuldades estruturais, como em partes da África subsaariana, com baixa cobertura de saúde e altos índices de pobreza, essas sociedades ensinam sobre a importância de reconhecer no envelhecimento um espaço de sabedoria, de pertencimento e de continuidade cultural.

Esses costumes seguiram vivos nas comunidades de descendência africana, nas Américas e no Brasil. As pessoas mais velhas têm lugar de destaque dentro das Comunidades Tradicionais Quilombolas, no contexto brasileiro atual. Estas são quem transmitem os conhecimentos passados pelos ancestrais. Com elas se aprende os saberes tradicionais, como cultivar a terra, cuidar dos animais, preparar os alimentos típicos da cultura africana, de como realizar as rezas, as benzeduras e como manipular as ervas medicinais (Lopes; Paixão, et. al., 2019; Aciole; Silva, 2021).

As considerações trazidas demonstram que o valor social atribuído às pessoas idosas é historicamente condicionado pelas estruturas sociais, econômicas e políticas de cada época, em diferentes culturas. 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.

Antes de adentrar no tópico dos marcos legais e do desenvolvimento de políticas públicas basilares no âmbito internacional e nacional para as pessoas idosas, considera-se relevante apresentar uma linha do tempo das ações voltadas para a proteção e cuidado das pessoas idosas desenvolvidas no Sistema Conselhos.

Levantamento Histórico de Ações para a População Idosa no Sistema Conselhos de Psicologia

Comissão/Grupo de Trabalho (GT)

- 2011 - Comissão Especial da Pessoa Idosa do CRP-09/GO.
- 2015 - Grupo de Trabalho Estudos e Práticas de Psicologia no Envelhecimento Populacional do CRP-02/PE.
- 2016 - Grupo de Trabalho Psicologia e Envelhecimento do CRP-10/PA-AP.
- 2018 - Gerontologia do CRP-23/TO.
- 2020 - Grupo de Trabalho Psicologia, Envelhecimento e Velhice (GTPEV) do CRP-03/BA.
- 2021 - Subcomissão Estadual de Psicogerontologia do CRP-06/SP.
- 2024 - Grupo de Trabalho Psis 60+ do CRP-04/MG.
- 2024 - Núcleo Pessoa Idosa (ainda em definição) do CRP-14/MS.
- 2025 - Representação no Conselho Nacional dos Direitos das Pessoas Idosas (CNDPI), órgão do controle social que integra o Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania – CFP.

Participação nas instâncias de Controle Social

- 2009 - Conselho Municipal do Idoso de Vitória- ES (Comid) pelo CRP-16/ES.
- 2010 - Conselho Municipal do Idoso de Campo Grande - MS pelo CRP-14/MS.
- 2012 - Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa de Nova Iguaçu pelo CRP-05/RJ.
- 2014 – Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa (Ceddipi) pelo CRP-16/ES.

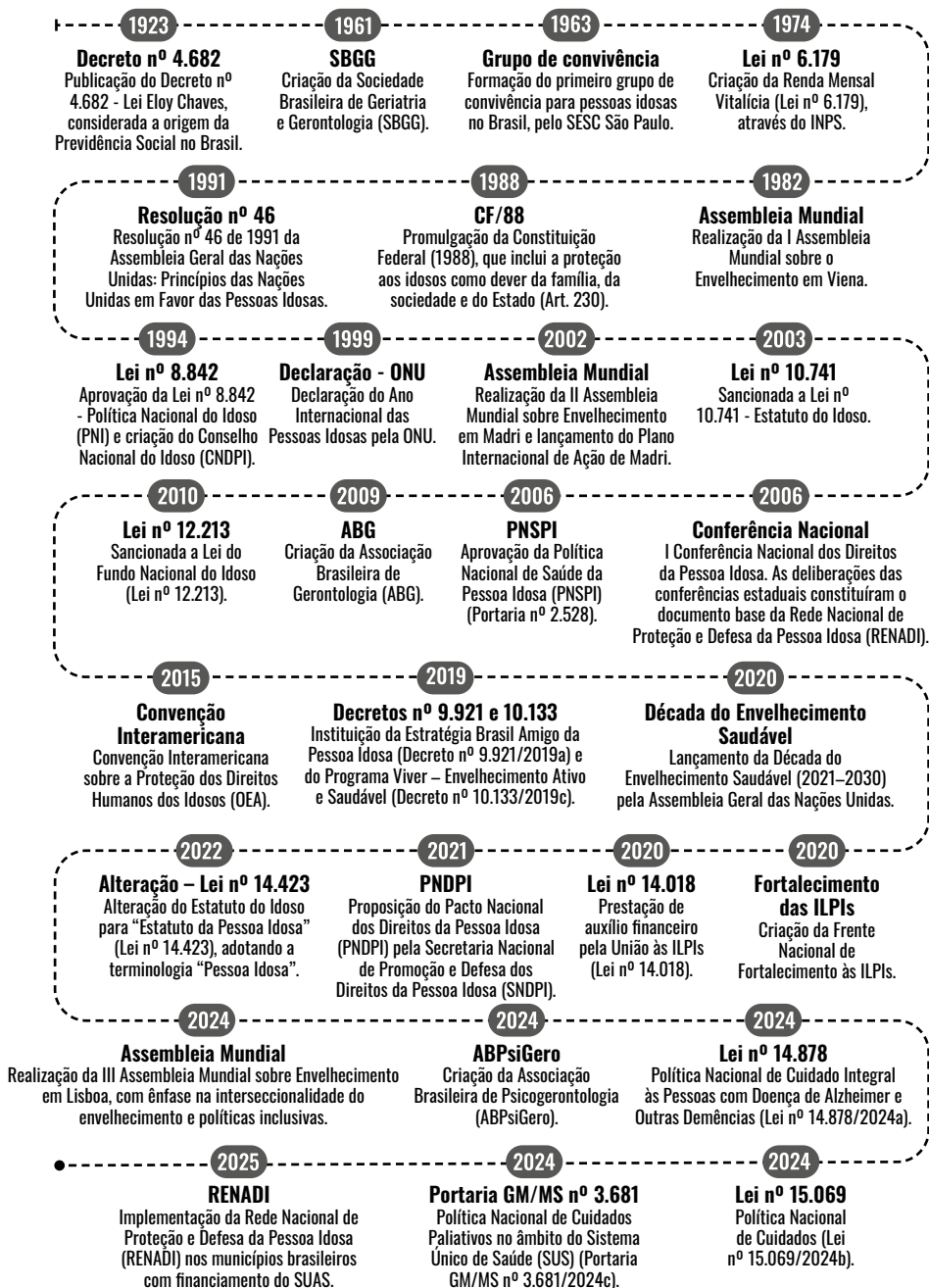
- 2016 - Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa de Palmas pelo CRP-23/TO.
- 2017 - Conselho Municipal de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa do Recife pelo CRP-02/PE.
- 2017 - Conselho Municipal dos Direitos da Pessoa Idosa de Umuarama pelo CRP-08/PR.
- 2016 - Conselho Estadual dos Direitos da Pessoa Idosa - RN pelo CRP-17/RN.
- 2018 - Conselho Estadual dos Direitos da Pessoa Idosa - GO pelo CRP-09/GO.
- 2019 - Conselho Estadual dos Direitos da Pessoa Idosa - AC pelo CRP-24/AC-RO.
- 2021 - Conselho Municipal do Idoso de Campinas pelo CRP-06/SP.
- 2021 - Conselho Municipal do Idoso do Município de Parnamirim pelo CRP-17/RN.
- 2021 - Conselho Estadual dos Direitos do Idoso e Conselho Municipal dos Direitos do idoso pelo CRP 22/MA.
- 2021 - Conselho Estadual dos Direitos da Pessoa Idosa – RO pelo CRP-24/AC-RO.
- 2023 - Conselho Estadual do Idoso de Santa Catarina pelo CRP-12/SC.
- 2023 - Conselho Estadual de Defesa de Direitos da Pessoa Idosa - RJ pelo CRP-05/RJ.
- 2023 - Conselho Municipal de Defesa da Pessoa Idosa de Campo Grande - MS pelo CRP-14/MS.
- 2023 - Conselho Estadual de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa - MS pelo CRP-14/MS.
- 2023 - Conselho Estadual dos Direitos do Idoso e Conselho Municipal dos Direitos do Idoso- CRP 22/ MA.
- 2025 - 11ª Mesa Diretora do Conselho Municipal da Pessoa Idosa (CMDPI) de Campo Grande- MS- CRP 14/MS

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 pessoas 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.



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, 1990).

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 de economias centrais e financeiramente independentes. Apesar disso, os reflexos da mobilização internacional nos países de economias periféricas, 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 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 contribuíam 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, 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 aspectos⁶. 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, 2011). As pesquisas de Camarano e Fernandes (2016) evidenciaram o impacto significativo da renda proveniente

6 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.

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 das pessoas idosas 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 e 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 interseccionais e ao contingenciamento de gastos sociais, enfraqueceu a capacidade dos gestores de resistir 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 dos Direitos da Pessoa Idosa (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 CMDPIs 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 fa-

mília, 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 regula os direitos assegurados previamente, 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 proteção social especial de alta complexidade 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 *et al.* (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 para este problema (Guimarães *et al.*, 2023).

Além disso, ainda na mesma dimensão, nenhuma das 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 idosas 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 80 anos ou mais. Essa realidade gerou a necessidade de uma atenção mais específica a esse grupo etário, 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 nº 10.741, de 2003.

Essas 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 3.646/2019b, 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, tiveram 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 abandona gradualmente 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 ao que se reflete no *idadismo* ou *etarismo* na contemporaneidade.

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 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 prática crítica que se espera que possa subsidiar as(os) profissionais de Psicologia em 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 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 psicólogas(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.

Neste eixo, propomos uma reflexão crítica e situada sobre os fundamentos da Psicologia do Envelhecimento, partindo das distinções conceituais e práticas entre Geriatria, Psicogeriatria, Gerontologia e Psicogerontologia, com atenção especial ao contexto brasileiro. Diante da crescente heterogeneidade da população idosa e da complexidade das experiências de envelhecer, enfatizamos a importância de uma atuação profissional pautada na interdisciplinaridade e na transversalidade, capaz de dialogar com os múltiplos saberes e dimensões envolvidas no cuidado, na prevenção e na promoção da saúde mental ao longo da velhice.

O texto apresenta um breve panorama histórico da Psicogerontologia enquanto campo de atuação das(os) psicólogas(os), destacando marcos institucionais e produções acadêmicas que contribuíram para seu reconhecimento e consolidação. Nesse percurso, são especialmente valorizadas as contribuições da Psicologia do Desenvolvimento, com foco na abordagem do ciclo vital (*life-span*) e nas perspectivas do curso de vida.

Também são incorporadas as diretrizes e produções técnicas do Conselho Federal de Psicologia (CFP) e do CREPOP, que oferecem parâmetros fundamentais para uma prática ética, crítica e comprometida com os direitos humanos. O texto contempla ainda, reflexões iniciais sobre violência contra a pessoa idosa, uma leitura interseccional das desigualdades que atravessam a velhice como o *idadismo*, o racismo, o sexismo e o capacitismo.

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 velhos(as). 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), incorporando entre seus eixos formativos conteúdos de Psicologia fundamentais para o cuidado integral às pessoas idosas. São abordados desde processos psicológicos básicos, como cognição, aprendizagem e motivação, até temas mais complexos, como dinâmicas familiares, relações sociais e saúde mental na velhice, além do desenvolvimento de habilidades práticas em aconselhamento em saúde e trabalho em equipe multiprofissional (Falcão; Cachioni; Yassuda, 2009).

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.), que realizou um curso de especialização em Gerontologia reconhecido pelo MEC ou obteve titulação pela SBGG, estando apto para lidar

com questões do envelhecimento e da velhice, com um olhar interdisciplinar a partir da sua área original de conhecimento.

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 e à velhice (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; Hinrichsen *et al.*, 2018). Isso reflete a versatilidade e a importância da formação especializada para atender à diversidade de demandas que surgem com o envelhecimento.

A Psicogerontologia, enquanto campo interdisciplinar dedicado ao estudo dos aspectos psicológicos do envelhecimento, deve muito ao trabalho de pesquisadores pioneiros que moldaram suas bases conceituais e metodológicas.

Cabe mencionar que James Birren (1918–2016) é amplamente reconhecido como uma das figuras centrais na constituição da Gerontologia como campo científico nos Estados Unidos. Foi fundador do 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.

No Brasil, entre as(os) principais pioneiras(s) da Psicologia do Envelhecimento, destaca-se a psicóloga e professora Anita Liberalesso Neri, reconhecida por introduzir e disseminar o paradigma do curso de vida (*life-span*) na Psicologia e na Gerontologia. Sua produção intelectual foi decisiva para a consolidação dessa área como um campo acadêmico, científico e prático no contexto nacional, articulando o desenvolvimento humano com a saúde mental, as políticas públicas e os significados culturais do envelhecer.

Entre suas principais obras, destacam-se: *Psicologia do envelhecimento: tópicos selecionados numa perspectiva de curso de*

vida; Envelhecer num país de jovens: significados de velho e velhice segundo brasileiros não idosos; Qualidade de vida e idade madura; E por falar em boa velhice; Maturidade e velhice: trajetórias individuais e socioculturais; Cuidar de idosos no contexto da família: questões psicossociais; Palavras-chave em gerontologia; Assistência ambulatorial ao idoso; Processos de envelhecimento saudável; Desenvolvimento e envelhecimento: perspectivas biológica, psicológica e sociológica e; As múltiplas faces da velhice no Brasil.

Além de publicar vários livros e inúmeros artigos científicos, Anita Neri orientou diversas dissertações de mestrado e teses de doutorado, integra a equipe de pesquisadores do Estudo Longitudinal de Saúde dos Idosos Brasileiros (ELSI-Brasil) e coordena o Estudo FIBRA (Fragilidade em Idosos Brasileiros), considerado um dos mais robustos inquéritos populacionais sobre envelhecimento no país. Sua atuação se destaca também nas sucessivas edições do *Tratado de Geriatria e Gerontologia*, obra de referência fundamental para a formação e atualização de profissionais que atuam na área do 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 (Miles, 1933) 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 psicólogas(os), a filiação está aberta às pessoas de outras disciplinas e grupos voluntários com interesse no trabalho com essa população. Seus objetivos incluem: aconselhar e influen-

ciar 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 1990, 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 oportu-

nidades 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 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 (Batistoni, 2009; Falcão; Cahioni; Yassuda, 2009).

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 Montevideú, 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 Associação Brasileira de Empresas de Pesquisas (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) brasileiros(as) 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 na 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, pro-

porcionando 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 das pessoas idosas 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, psicólogas(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 Fragilidade em Idosos Brasileiros (FIBRA)* (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 sinalizam 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 (CRP 02/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* (CRP 02/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 CRP 08/PR (2017), uma entrevista com uma psicóloga e um texto da representante do CRP 08/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 CRP 03/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 (CRP 03/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 da Universidade de São Paulo (USP)* e da Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), agrupando estudantes, psicólogas(os), professores e pesquisadores de diversas regiões do país, membros do CFP e outros profissionais interessados na área. O evento, de caráter gratuito e realizado de forma online, foi coordenado por duas docentes representantes das instituições promotoras – uma vinculada à USP e outra à UERJ. 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 ABPsiGero, 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 ABPsiGero representa um marco importante na trajetória de consolidação da Psicologia do Envelhecimento como campo acadêmico e profissional no Brasil. Ela é fruto de décadas de esforços de profissionais dedicados a compreender e transformar a experiência do envelhecer, enfrentando desafios como o *idadismo*, a desumanização da velhice e as desigualdades estruturais que afetam

as pessoas idosas no país. Com uma abordagem interseccional, ética e pautada nos direitos humanos, também se posiciona como elo estratégico entre as universidades, os conselhos profissionais, os gestores públicos e a sociedade civil. Busca, assim, fortalecer políticas públicas comprometidas com o cuidado integral e o protagonismo das pessoas idosas, contribuindo ativamente para a construção de uma sociedade mais justa, inclusiva e longeva (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 de economias centrais 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 psicólogas(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 *life-span*. 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 (*life-span*), que sintetiza conceitos organicistas, de curso de vida e dialéticos (Neri, 2006).

Essas influências convergiram para consolidar a Psicologia do envelhecimento como um campo de estudo baseado no enfoque do desenvolvimento ao longo da vida (*life-span*). 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 *life-span* 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 *life-span* 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, agen-

tes 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. Segue uma síntese das principais proposições teóricas características da perspectiva *life-span* (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, históricas 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 (subjettiva 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 *life-span* 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, 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.
 - Mesossistema: 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 conside-

rar os contextos sociais e históricos específicos, em que as pessoas idosas estão inseridas.

Nos últimos anos, abordagens contemporâneas como a Psicologia Positiva têm contribuído significativamente para uma compreensão mais ampla e esperançosa do envelhecimento. Essa vertente desloca o foco exclusivo da perda e do declínio para a valorização das potencialidades humanas, mesmo em contextos de vulnerabilidade. Conceitos como resiliência, otimismo, sentido de vida, sabedoria e forças de caráter passaram a ser incorporados às pesquisas e intervenções em Psicogerontologia, oferecendo subsídios para práticas promotoras de bem-estar subjetivo na velhice. Além disso, estudos sobre engajamento, realização pessoal e florescimento têm permitido a construção de políticas e serviços que reconhecem a pessoa idosa como sujeito de direitos, capaz de desenvolver-se ao longo de todo o curso da vida. Essa perspectiva é convergente com o paradigma do desenvolvimento ao longo da vida (*life-span*), ampliando a noção de envelhecimento ativo, significativo e plural.

Os avanços alcançados na área da gerontologia e, posteriormente, na Psicogerontologia, demonstram a importância de um olhar sistêmico, 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.

Reflexões sobre a interseccionalidade na Psicogerontologia

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 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 afro-americanas, como Audre Lorde, Angela Davis, Bell Hooks, entre outras. Ao mesmo tempo, a autora contou sobre a popularização da interseccionalidade na atualidade, trazendo a preocupação, compartilhada com outros autores (Collins; Bilge, 2021; Fraser, 2009 *apud* 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 afro-norte-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 coproduzem 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 pela identidade de cada grupo (Collins, 2019 *apud* 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 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 interseccionalidade à Psicogerontologia, é possível identificar as desigualdades que impactam a saúde mental, o bem-estar e a qualidade de vida nas diversas trajetórias de envelhecimento. Mais do que a simples justaposição de identidades ou opressões, a interseccionalidade permite compreender como estruturas sociais complexas como o racismo, o sexismo, o capacitismo e o *idadismo*, operam de forma entrelaçada, produzindo exclusões específicas ao longo do curso da vida. Essa abordagem tem sido utilizada em campos como os direitos humanos, as políticas públicas e os movimentos sociais, oferecendo subsídios para uma atuação ética e crítica junto à população idosa (Chariglione, Ferreira; Falcão, 2025).

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 pessoas idosas, considerando a variável de raça/cor da pele. A pesquisa envolveu uma amostra de 1.263 idosos (62% brancos, 30,9% pardos e 7,1% 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 encon-

tradas 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; Falcão; Salomão, 2005).

É importante também refletir sobre as mulheres idosas que exercem ou exerceram a prostituição como forma de trabalho.

Comumente, elas vivenciam múltiplas camadas de estigma e exclusão – por serem idosas, por seu gênero, por sua classe social, por sua ocupação e, frequentemente, por serem negras ou periféricas. A experiência da velhice, nesse grupo, é marcada por vulnerabilidades específicas, como o acesso precário a serviços de saúde e assistência, além da desproteção institucional.

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 (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.

Além disso, é imprescindível considerar o crescimento expressivo da população idosa privada de liberdade em diferentes partes do mundo. O termo “epidemia do envelhecimento nas prisões”, utilizado por Hwang *et al.* (2024), evidencia a urgência de atenção voltada a essa realidade negligenciada. Envelhecer em um contexto de encarceramento impõe desafios singulares, agravando condições de saúde física e mental, diante da escassez de cuidados especializados, da precariedade das estruturas prisionais e do peso cumulativo do estigma social.

Nessa conjuntura, sinaliza-se também 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+⁷), 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.

7 A grafia utilizada aqui, representa: Lésbicas, Gays, Bissexuais, Transexuais, Queer, Intersexuais, Assexuais. Em uma atualização produzida pelos movimentos sociais, é possível identificar também pansexuais, não binários, sendo escrita então a sigla LGBTQIAPN+. O Conselho Federal de Psicologia, através da Portaria nº 74, de 28 de junho de 2023, estabelece o uso da sigla LGBTQIA+ no âmbito no Conselho Federal de Psicologia; neste documento, utilizaremos, portanto, a sigla de acordo com a Portaria mencionada.

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).

Rabelo (2020) discute 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, bem como 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 socioeconômi-

cas, 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 filhos (as) e netos (as) 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).

Envelhecimento nas comunidades com autismo e/ou deficiência intelectual

Com o aumento da longevidade, cresce também o número de pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA) e/ou deficiência intelectual que chegam à velhice. Esse fenômeno impõe desafios urgentes aos sistemas de saúde, assistência social e às políticas públicas, que historicamente têm negligenciado as especificidades dessa população. As demandas específicas dessa população são pouco reconhecidas e atendidas. Ainda são escassos os serviços adaptados, os dados epidemiológicos e os referenciais clínicos que subsidiem intervenções e políticas inclusivas ao longo de todo o curso da vida dessas pessoas.

Nesse contexto, um *think tank* internacional – ou “laboratório de ideias”, formado por especialistas de diversas áreas, pessoas com experiência vivida e representantes da sociedade civil – reuniu-se para debater estratégias voltadas ao envelhecimento neurodivergente (Nicholas, 2025). O grupo identificou barreiras que comprometem a qualidade de vida na velhice de pessoas autistas e/ou com deficiência intelectual, como a fragmentação dos serviços, a ausência de transições bem planejadas entre etapas da vida, a alta prevalência de comorbidades físicas e mentais mal monitoradas e a falta de abordagens centradas na pessoa.

Um dos princípios éticos reafirmados nesse encontro foi o de “**nada sobre nós sem nós**”, enfatizando que as pessoas neurodivergentes devem participar ativamente da construção de políticas, práticas e pesquisas que as envolvam. Foram apontadas, ainda, prioridades como:

- o investimento em pesquisas científicas;

- o fortalecimento das redes interprofissionais e intersetoriais;
- a criação de ferramentas e protocolos clínicos específicos;
- a formação continuada de profissionais;
- o investimento em modelos de cuidado que promovam autonomia, autodeterminação e participação social ao longo do envelhecimento.

Para a Psicologia, esse cenário demanda uma atuação sensível às características cognitivas, emocionais, sociais e comunicacionais da pessoa idosa neurodivergente. Estratégias baseadas em vínculos afetivos, escuta qualificada e apoio às redes de cuidado tornam-se essenciais. Psicólogas e psicólogos são convocados a assumir um papel ativo na defesa de diretrizes inclusivas e na promoção de um envelhecimento participativo e não discriminatório – especialmente para grupos que, historicamente, foram invisibilizados pelas políticas públicas.

Envelhecimento e Síndrome de Down

O aumento da expectativa de vida das pessoas com síndrome de Down representa uma das mais importantes conquistas das últimas décadas, fruto dos avanços biomédicos, do acesso ampliado à saúde, das políticas de inclusão e do cuidado familiar. Se, nas décadas de 1960 e 1970, a expectativa de vida não ultrapassava os 15 anos, hoje muitas pessoas com síndrome de Down vivem até os 60 anos ou mais, o que inaugura uma nova fase na compreensão da trajetória dessas vidas.

Com esse cenário, emergem também novos desafios, ainda pouco reconhecidos por profissionais de saúde, cuidadores e gestores de políticas públicas. O envelhecimento precoce é uma das características mais marcantes dessa população, estando associado

a alterações neurocognitivas progressivas e a uma maior vulnerabilidade ao desenvolvimento da Doença de Alzheimer. Estima-se que cerca de 90% de pessoas com síndrome de Down apresentam uma prevalência ao longo da vida para a Doença de Alzheimer (DA). Por isso, a trissomia 21 é hoje considerada uma forma genética de Alzheimer comparável ao Alzheimer autossômico dominante, causado por mutações nos genes APP, PSEN1 ou PSEN 2. A DA é vista como a principal limitação para o aumento da expectativa de vida das pessoas com essa síndrome (Iulita, 2022). Identificar intervenções capazes de retardar ou prevenir o Alzheimer é, portanto, uma prioridade para essa comunidade.

Além dos aspectos neurobiológicos, é fundamental considerar os fatores psicossociais que afetam o envelhecimento dessas pessoas. A perda dos pais e cuidadores principais, a escassez de redes de apoio especializadas, a dificuldade de acesso a serviços de saúde mental e o risco de institucionalização precoce, são questões críticas, frequentemente influenciadas por desigualdades sociais, capacitismo e invisibilidade nas políticas públicas (Falcão; Carvalho; Forlenza, 2024).

Ainda de acordo com esses pesquisadores, a compreensão do envelhecimento de pessoas com síndrome de Down deve, portanto, ser **multidimensional, interseccional e centrada na pessoa**, reconhecendo suas singularidades, capacidades remanescentes, desejos e contextos afetivos. Programas de estimulação cognitiva, atividades socioculturais, suporte psicossocial às famílias e capacitação das equipes de saúde, são estratégias fundamentais para promover qualidade de vida e dignidade ao longo da velhice.

No campo da Psicologia, é imprescindível atuar com escuta qualificada, compreensão dos marcos desenvolvimentais e acolhimento das transformações emocionais que marcam esse processo. Profissionais devem estar preparados para lidar com os dilemas existenciais, as mudanças comportamentais e o luto antecipatório,

vivenciado por familiares e cuidadores diante da possibilidade de declínio. Por fim, é urgente que os sistemas de saúde e assistência social ampliem seus olhares para essas pessoas, garantindo que elas possam não apenas viver mais, mas envelhecer com respeito, cuidado e sentido.

Nesse sentido, essa Referência Técnica 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 das pessoas idosas 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 ambulatorios, 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 classismo, 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*.

Conforme dito anteriormente, o presente documento adota o termo *idadismo* por estar alinhado ao *Relatório Mundial sobre o Idadismo* (OPAS/OMS, 2022), que o utiliza oficialmente em sua versão em português para se referir a todo e qualquer estereótipo, preconceito ou prática discriminatória relacionada à 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 o *idadismo* “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 *idadismo* 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, pas-

sividade, 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 a população idosa. Isso ficou evidente durante a pandemia de Covid-19, quando discursos e ações sugeriram que a vida dessa população tinha valor social reduzido (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 autorrelevantes; 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 constitui uma condição inerente à velhice. Essa concepção atua como fundamento para processos de desqualificação da capacidade decisória e funcional (autonomia e independência), resultando na crença de que pessoas idosas seriam incapazes de gerir sua vida cotidiana, 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 (CRP 03/BA, 2021).

As mulheres representam a maior parte da população idosa e, consequentemente, 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, retraimento, abandono de projetos de vida, reduz a autoestima e limita o acesso a oportunidades de aprendizado ao longo da vida (Nunes; Falcão, 2023).

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 pro-

fundamente a saúde física e mental das pessoas idosas, 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 psicólogos(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

cl 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 das pessoas idosas, 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 as pessoas idosas 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 CRP 03/BA (2021).

Estratégias e Recomendações para o Enfrentamento do Idadismo: Aplicações para a Psicologia na Atenção à Pessoa Idosa

Combater o *idadismo* 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). Para prevenir e combater o *idadismo*, deve-se, também, investir em estratégias com base científica, aprimorar as pesquisas e construir um movimento para mudar o discurso em torno da idade e do envelhecimento (OPAS, 2022).

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*:

- **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. Atividades educativas formais e informais para reduzir o *idadismo* devem ser incluídas em todos os níveis e tipos de formação. A inserção da temática do envelhecimento nos currículos escolares, universitários e em ações de educação permanente para profissionais da saúde, é fundamental. Psicólogas(os) podem desenvolver oficinas, grupos psicoeducativos e materiais informativos, que promovam empatia, diálogo e uma visão positiva e plural do envelhecimento.
- **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 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. É essencial reconhecer os impactos subjetivos do *idadismo* e desenvolver estratégias concretas de acolhimento, escuta e fortalecimento da identidade da pessoa idosa. Diante disso, cabe à Psicologia atuar de maneira ativa na reconstrução de redes afetivas e sociais, promovendo o pertencimento e o reconhecimento das singularidades e potencialidades de cada pessoa idosa. Seguem outras recomendações práticas para atuação:

1. Escuta qualificada e acolhimento com foco na singularidade

- Evitar perguntas e intervenções genéricas ou infantilizadas.
- Investigar a trajetória de vida, os desejos atuais, as redes de suporte e as estratégias subjetivas que a pessoa idosa utiliza para lidar com perdas, mudanças e desafios.
- Valorizar histórias de vida como recurso terapêutico e identitário.

2. Promoção do pertencimento e da identidade

- Criar espaços nos serviços de saúde para rodas de conversa, grupos de convivência ou oficinas terapêuticas voltadas à expressão de emoções, à memória autobiográfica e à socialização.
- Estimular o protagonismo das pessoas idosas em decisões sobre sua saúde, cuidado e cotidiano.
- A arte, a escrita e o auxílio de profissionais da musicoterapia e do teatro nesse processo, também, podem ser utilizados como recursos terapêuticos (Rosa, Falcão, Graeff, Camargo, & Chubaci, 2020; Anastacio Junior, Falcão & Chubaci, 2025).

3. Formação e sensibilização das equipes interprofissionais

- Realizar oficinas com outros profissionais da saúde (enfermeiros, agentes comunitários, médicos, assistentes sociais) para debater mitos e preconceitos sobre o envelhecimento.
- Trabalhar o conceito de envelhecimento saudável como um processo dinâmico, que inclui manutenção da funcionalidade, participação ativa e bem-estar subjetivo.

4. Fortalecimento da autoestima e senso de autoeficácia

- Utilizar técnicas psicoterapêuticas para fortalecer a percepção de valor pessoal e enfrentamento de situações adversas.
- Introduzir práticas baseadas em *mindfulness*, meditação e autocuidado.

5. Ações intergeracionais e comunitárias

- Desempenhar um papel de liderança na criação de campanhas de conscientização sobre o *idadismo* nos territórios, em escolas, praças, redes sociais e instituições de saúde. Atuar em parceria com conselhos de direitos, universidades, ONGs e coletivos intergeracionais amplia o alcance das ações.
- Articular com CRAS, escolas, centros culturais e instituições religiosas atividades que envolvam diferentes gerações, promovendo trocas afetivas e desconstruindo estereótipos.
- Apoiar iniciativas de redes de apoio mútuo entre pessoas idosas, como grupos de caminhada, hortas coletivas, grupos religiosos e rodas de leitura.

6. Políticas e Leis Antidiscriminatórias

A implementação de legislações e políticas públicas que proíbam explicitamente a discriminação por idade é fundamental. Isso inclui desde marcos legais que garantam os direitos das pessoas idosas até regulamentações institucionais que coíbam práticas idadistas no acesso à saúde, ao mercado de trabalho e à participação social. A Psicologia pode colaborar na formulação e avaliação dessas políticas, garantindo que estejam alinhadas aos princípios de justiça social, equidade e dignidade humana. Não se trata apenas de “ajudar” pessoas idosas, mas de reconhecê-las como sujeitos de direito, voz e desejo.

Violência contra a pessoa idosa:

Considerações iniciais

Na confluência entre os temas do *idadismo* e da interseccionalidade, que ampliam a discussão sobre preconceitos e estigmas relacionados à velhice em articulação com outros marcadores sociais, bem como suas consequências, são apresentadas aqui 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 resul-

tar 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 ou 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 em 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: infligido de dor ou lesão, coação física, domínio infligido 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.

Essa tipologia de violências precisa ser compreendida em um marco mais amplo, que abrange determinantes sociais, culturais e institucionais, que contribuem para a exclusão e o sofrimento de grupos historicamente marginalizados. Entre essas formas de exclusão, destaca-se a LGBTQIA+fobia, violência motivada pela orientação sexual ou identidade de gênero (Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, 2024). Pessoas idosas LGBTQIA+ frequentemente enfrentam um duplo estigma: por serem idosas, sofrem os efeitos do *idadismo*; e por sua identidade sexual ou de gênero, continuam expostas a preconceitos, rejeições e violências simbólicas e materiais, que muitas vezes as acompanham desde a juventude.

Essas violências se expressam de forma silenciosa e institucionalizada, por exemplo, na exclusão de políticas públicas, na negligência em serviços de saúde, na invisibilidade em centros comunitários e na recusa de acolhimento em Instituições de Longa Permanência. A ausência de reconhecimento de suas histórias e identidades pode gerar efeitos cumulativos de sofrimento psíquico, solidão e ruptura de vínculos, afetando diretamente sua saúde mental, autoestima e qualidade de vida. Reconhecer essas experiências e interseccionalidades é essencial para que a Psicologia contribua com práticas que

promovam o respeito, o pertencimento e a dignidade de todas as pessoas idosas, em sua diversidade.

O eixo 3 desta Referência Técnica, discutirá 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

A atuação da(o) psicóloga(o) nos serviços específicos destinados à população idosa, constitui uma dimensão estratégica para a efetivação dos direitos e para a qualificação das políticas públicas. Esses serviços – como Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializado de Assistência Social (CREAS), Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), hospitais, unidades de Atenção Primária à Saúde, programas municipais e estaduais de atenção à pessoa idosa, entre outros – representam espaços privilegiados de cuidado, acolhimento e promoção da cidadania.

Neste eixo, refletiremos sobre diretrizes balizadoras da atuação profissional das(os) psicólogas(os) junto às pessoas idosas nos programas das políticas públicas. A inserção desse profissional nesse contexto requer, não apenas domínio técnico, mas também, uma compreensão ampliada e crítica dos determinantes sociais do envelhecimento, de modo a articular o cuidado psicológico às várias dimensões.

No Brasil, há uma grande diversidade de realidades econômicas, sociais, culturais, históricas, familiares e de saúde, entre as pessoas idosas. Da mesma forma, as(os) psicólogas(os) enfrentam diferentes condições profissionais e variações no acesso à informação necessárias 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).

O papel da(o) psicóloga(o) no cuidado à pessoa idosa no âmbito das políticas públicas é multifacetado e dinâmico, uma participação que se consolida na interface da saúde e da assistência social, fundamentada em princípios de integralidade e compromisso com a transformação social. Por meio de uma prática crítica e contextualizada, contribui para a expansão da vida e a efetivação dos direitos das pessoas idosas.

A escuta ativa e a promoção do protagonismo são os pilares indispensáveis em qualquer abordagem que busque a dignidade da pessoa idosa. A escuta qualificada vai além da mera recepção de uma demanda ou coleta de informações; ela se configura como um instrumento vital para construir vínculos de confiança e para que o profissional possa compreender a perspectiva única de cada pessoa idosa sobre sua vida e seus cuidados (Rabelo; Lopes, 2021). A participação da pessoa idosa deve ser incentivada nas decisões que a afetam, promovendo espaços onde ela possa expressar suas necessidades, desejos e potencialidades. A visibilidade e o reconhecimento das experiências de vidas são essenciais, combatendo o silenciamento e a marginalização e reafirmando a capacidade de ser agente de sua própria existência.

Deve-se estar atenta(o) às particularidades de cada pessoa idosa, adotando uma abordagem personalizada que reconheça a diversidade da população, evitando generalizações. A pessoa idosa típica é um mito. Existe muita variedade, tanto interindividual, considerando aspectos individuais, micro e macrosociais 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. A complexidade do processo de envelhecimento exige uma atuação que transcenda práticas isoladas, envolvendo uma abordagem **interdisciplinar, interprofissional e intersetorial** (Falcão; Lopes, 2010).

Abordagem interdisciplinar, interprofissional e intersetorial

A **interdisciplinaridade** refere-se à colaboração entre diferentes campos do saber – como Psicologia, Gerontologia, Medicina, Enfermagem, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Serviço Social e Nutrição –, para criar soluções integradas e centradas na pessoa idosa. Essa integração possibilita uma visão sistêmica que transcende os aspectos biológicos do envelhecimento, abrangendo também as dimensões psicológicas, sociais, históricas, culturais, econômicas, familiares, religiosas, espirituais e ambientais (Falcão; Lopes, 2010). O objetivo central é, portanto, a construção de um planejamento, avaliação e monitoramento de ações que considerem a totalidade dos fatores que influenciam a vida da pessoa idosa, envolvendo tanto os profissionais quanto as instituições.

Na prática, a **interprofissionalidade** envolve a cooperação ativa e cotidiana entre os profissionais de diversas áreas no atendimento. Este modelo preza pelo trabalho colaborativo, permeado por comunicação fluida e respeito mútuo pelas competências específicas de cada área. A título de ilustração, cita-se a proposta das equipes de atenção básica de saúde, onde médicas(os), psicólogas(os), assistentes sociais, enfermeiras(os) e fisioterapeutas, atuam conjuntamente. Nesse modelo, sugere-se que sejam compartilhados planos de cuidado, avaliação de casos de forma unificada e ajustes nas intervenções, conforme as necessidades da pessoa idosa, resul-

tando em uma melhoria substancial na qualidade do atendimento e na redução da fragmentação dos serviços. Todavia, para que essa cooperação seja eficaz, é imprescindível que as(os) profissionais se mantenham atualizados em relação às teorias e práticas baseadas em evidências, garantindo uma atuação ética, focada na saúde e na qualidade de vida da pessoa idosa.

A importância do trabalho em equipe, interdisciplinar e interprofissional no cuidado de pessoas idosas no âmbito das políticas públicas, é fundamental para a efetividade e integralidade da atenção. As complexas situações de vulnerabilidade e risco que afetam a população idosa, demandam a interlocução entre diferentes políticas públicas, exigindo um “trabalho em rede” com relações horizontais entre parceiros, interdependência de serviços, respeito à diversidade e às particularidades de cada setor (Souza; Bronzo, 2020). Este modelo integrado evita a fragmentação e a sobreposição de ações, que historicamente resultam em paralelismo de intervenções e duplicação de esforços, impactando negativamente a qualidade do cuidado (Wanderley *et al.*, 2020). Para além da mera coordenação, o sucesso desse trabalho reside na troca de saberes, da escuta, do compartilhamento, da interconexão, da interdisciplinaridade, da integração e do compromisso público (Guimarães; Silva, 2020).

Por sua vez, a **intersetorialidade** expande essa lógica de articulação para o nível macro das políticas públicas, buscando a sinergia entre diferentes setores, como saúde, assistência social, educação, segurança pública e habitação. No cuidado à pessoa idosa, essa integração é vital para garantir a autonomia, independência e qualidade de vida. A articulação entre a Atenção Primária à Saúde (APS) e a assistência social, por exemplo, permite um suporte mais abrangente a pessoas idosas em situação de vulnerabilidade, fortalecendo suas redes de apoio, facilitando o acesso a benefícios sociais, serviços de reabilitação e proteção contra violências ou negligências. Essa visão sistêmica das políticas públicas é uma resposta estratégica à

fragmentação histórica, visando à otimização de recursos e à melhoria das condições de vida por meio da complementaridade de ações governamentais (Wanderley *et al.*, 2020).

Exemplos práticos dessa articulação interministerial e intersecretarial, transcendem as esferas tradicionais de saúde e assistência social, abrangendo áreas vitais para a pessoa idosa. O I Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional (I Plansan 2012-2015), por exemplo, buscou concretizar a intersetorialidade, envolvendo a Câmara Interministerial de Segurança Alimentar e Nutricional (Caisan) e promovendo conexões com programas como o Bolsa Família, que, por sua natureza, dialoga com os Ministérios da Saúde e da Educação. Além disso, a elaboração do Marco de Referência em Educação Alimentar e Nutrição para as Políticas Públicas foi coordenada pelo Ministério do Desenvolvimento Social (MDS) e envolveu os Ministérios da Saúde e da Educação, entre outras, demonstrando um esforço conjunto para abordar questões que impactam diretamente a nutrição e a qualidade de vida dos cidadãos em todas as faixas etárias (Guimarães; Silva, 2020).

A necessidade de uma perspectiva intersetorial se acentua ao considerar realidades específicas, como as Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs). A qualidade de vida e a dignidade dos residentes em ILPIs não dependem exclusivamente da saúde ou da assistência social; elas estão intrinsecamente ligadas a fatores como acessibilidade, segurança alimentar, direitos humanos e lazer. Portanto, a fiscalização e o apoio a essas instituições exigem o envolvimento de múltiplos órgãos, como o Ministério Público, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Anvisa), os Conselhos de Direitos do Idoso, a Delegacia do Idoso e a Defensoria Pública. A coordenação entre essas instâncias é crucial para assegurar que as ILPIs ofereçam ambientes adequados e promovam a autonomia e o respeito à pessoa idosa. Essa abordagem integrada não só otimiza a fiscalização e o apoio, mas também fortalece a rede de proteção,

garantindo que as políticas públicas sejam coerentes e eficazes na promoção de um envelhecimento digno em todas as suas dimensões.

Embora existam marcos legais e teóricos que a fundamentam, a efetivação da intersectorialidade enfrenta desafios substanciais, principalmente na superação de uma cultura política arraigada na setorização e na baixa institucionalização das relações intergovernamentais (Souza; Bronzo, 2020; Wanderley *et al.*, 2020). Apesar das dificuldades, a materialização da intersectorialidade nos territórios é fundamental para a implementação de serviços públicos integrados, essenciais para responder à multidimensionalidade das necessidades da população idosa, que muitas vezes demanda ações coordenadas em áreas como segurança alimentar, assistência social, saúde e educação simultaneamente. A integração de esforços resulta em uma maior racionalidade na utilização dos recursos e na garantia de direitos sociais, assegurando um atendimento mais completo e eficaz para o envelhecimento populacional.

Para que a abordagem interdisciplinar, interprofissional e intersectorial seja efetivamente implementada, é fundamental que haja uma comunicação eficiente, objetiva e acessível, entre profissionais, famílias e instituições. Assegurar que psicólogas(os) e outros profissionais dialoguem com seus pares sobre o papel de cada área no contexto do envelhecimento, por meio de palestras, publicações e *workshops*, fortalecendo as redes de cuidado (APA, 2024). Contudo, a colaboração não pode ser vista como uma iniciativa isolada de equipes ou indivíduos, ela requer uma nova cultura organizacional (Wanderley *et al.*, 2020). Superar a fragmentação, a sobrecarga de trabalho, a falta de protocolos claros e a baixa participação dos usuários, exige decisões políticas e institucionais que promovam a comunicação e a complementariedade das ações.

Serviços e níveis de complexidade dos Serviços Socioassistenciais do SUAS e dos Serviços de Saúde do SUS

O Sistema Único de Saúde (SUS) representa um dos principais alicerces da saúde pública no Brasil, ao garantir acesso universal, integral e equitativo aos cuidados em saúde. Sua organização é estruturada em diferentes níveis de atenção (primária, secundária e terciária), conforme definido pela Portaria nº 4.279, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece as diretrizes da Rede de Atenção à Saúde. Cada nível é pensado para atender às necessidades da população, com base na complexidade dos cuidados exigidos, promovendo a continuidade do cuidado ao longo do tempo e dos diferentes serviços.

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 psicólogas(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”*.

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 fundamental 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, é fundamental que esse profissional ofereça suporte a famílias e cuidadores, reconhecendo as múltiplas dimensões do cuidado e os impactos psicossociais que ele produz.

O olhar psicogerontológico deve integrar-se de forma ativa às equipes multiprofissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS) e das Estratégias de Saúde da Família (ESF), contribuindo para a elaboração compartilhada de planos de cuidado, escuta qualificada, ações educativas e práticas comunitárias que promovam vínculos e pertencimento social. Ao reconhecer os determinantes sociais da saúde, como renda, moradia, relações sociais, acesso à cultura e à mobilidade, a(o) psicóloga(o) pode atuar como agente de transformação local, articulando saberes técnicos e comunitários, com foco na justiça social e na promoção de uma longevidade sustentável.

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 *eMulti* – equipes compostas por profissionais de saúde, de diferentes áreas do

conhecimento e categorias profissionais. Elas operam de maneira complementar e integrada às outras equipes que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) (Ministério da Saúde, 2025) –, por meio da Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023a.

Essa proposta representa a retomada, pelo Ministério da Saúde, do fortalecimento do cuidado multiprofissional na Atenção Primária à Saúde (APS), dando continuidade ao trabalho desenvolvido pelos Núcleos de Apoio à Saúde da Família (NASF), denominação utilizada para as equipes de apoio multiprofissional entre 2008 e 2017. Entre 2017 e 2023, essas equipes mantiveram-se sob a sigla NASF, com ajustes em sua composição e diretrizes de atuação. 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, no seu tempo, 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 de o gestor escolher a contratação de profissional de Psicologia. Na composição da atual *eMulti*, os três tipos de modalidades de equipe (Ampliada, Complementar e Estratégica), a categoria está incluída como opção, 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 nº 154, 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 está vigorando 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 para essa população.

Historicamente, o cuidado em saúde mental tem enfrentado desafios estruturais e conceituais que se refletem na atenção à pessoa idosa. A atenção psicossocial a esse público representa um pilar fundamental e, simultaneamente, um campo em desenvolvimento crítico no contexto das políticas públicas de saúde e assistência social. A Rede de Atenção Psicossocial (RAPS), que inclui os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Unidades Básicas de Saúde (UBS) e hospitais, é o principal dispositivo para o cuidado em saúde mental.

Apesar de os CAPS serem concebidos para atender a todos os indivíduos em sofrimento psíquico, a representatividade da população idosa nesses serviços ainda é considerada baixa. Essa sub-representação é frequentemente atribuída à dificuldade dos profissionais em distinguir as alterações inerentes ao processo de envelhecimento fisiológico (senescência) das condições patológicas (senilidade), como transtornos mentais, o que pode levar a um manejo inadequado e à falta de encaminhamentos para os dispositivos da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) (Alves, 2015).

As barreiras para uma atenção psicossocial eficaz à pessoa idosa são multifacetadas. Observa-se a persistência de estigmas e preconceitos associados ao envelhecimento, que frequentemente o atrelam a sofrimento e aumento da dependência física, isolamento,

declínio funcional e depressão (Santos *et al.*, 2022), naturalizando condições que demandariam intervenção. Profissionais de saúde, por vezes, carecem de capacitação específica para lidar com as particularidades da população idosa, incluindo a identificação e o manejo de transtornos como ansiedade, depressão e demências, que são prevalentes (Barcelos-Ferreira, 2022).

A infraestrutura física inadequada dos serviços, a ausência de grupos terapêuticos direcionados e a insuficiência de recursos humanos e financeiros, também limitam a acessibilidade e a efetividade das intervenções (Garcia; Moreira; Oliveira, 2017). O isolamento social, um grave problema vivenciado por muitas pessoas idosas, agrava o sofrimento psíquico e dificulta o acesso aos serviços e contribui para a invisibilidade dessa população nos espaços de cuidado, especialmente no que tange ao abuso de substâncias psicoativas (Bastos *et al.*, 2024).

A atuação interprofissional e intersetorial é, portanto, indispensável. Profissionais como psicólogas(os), assistentes sociais e terapeutas ocupacionais, que compõem as equipes dos CAPS, contribuem com saberes complementares para a compreensão e intervenção no sofrimento psíquico da pessoa idosa. A articulação com a Atenção Primária à Saúde (APS) é fundamental para a identificação precoce e o manejo de casos de fragilidade e transtornos mentais, bem como para o apoio matricial às equipes (Santos *et al.*, 2022; Souza *et al.*, 2022).

Intervenções, como grupos de convivência, oficinas terapêuticas e atividades de promoção da saúde (física, cognitiva e social), são estratégias efetivas para prevenir o adoecimento, fortalecer vínculos e promover o bem-estar (Santos *et al.*, 2022). A participação da família, embora desafiadora devido à sobrecarga e, por vezes, ao abandono, é reconhecida como fundamental para o sucesso do tratamento e da reabilitação psicossocial.

Oportunamente, está em andamento um Projeto de lei (PL 127/2024), que propõe a criação de um programa de saúde mental no Sistema Único de Saúde (SUS) voltado à população idosa. A proposta altera o Estatuto da Pessoa Idosa (Lei nº 10.741/2003) para incluir o direito a cuidados em saúde mental. O compromisso contínuo da Psicologia e da sociedade, reforçado por políticas públicas que garantam capacitação e integração de serviços, é essencial para enfrentar os desafios do envelhecimento, assegurando que os direitos e a dignidade das pessoas idosas sejam plenamente respeitados.

No âmbito do SUAS, destacam-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 a finalidade 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 Serviço de Proteção e Atendimento Especializado a Famílias e Indivíduos (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, também, acompanhar e orientar as pessoas para promover a autonomia, a inclusão social e a melhoria da qualidade de vida. Prevê equipe específica e habilitada. As ações são 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 proteção especial de alta complexidade, os objetivos específicos envolvem o acolhimento para idosos(as), 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 autossustento.

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 estão articulados com as normas da vigilância sanitária, um serviço do SUS.

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 essa população receba 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 dos programas das políticas públicas do Brasil, organizadas por nível de complexidade, está ilustrada no Quadro 1. O Quadro 2 sintetiza outros dispositivos de interesse público acessível à população.

Quadro 1 - Síntese dos Serviços e níveis de complexidade dos Serviços Socioassistenciais do SUAS e dos Serviços de saúde do SUS.

Equipamento /serviço	Política Pública	Nível de complexidade	Ações desenvolvidas
Unidades Básicas de saúde (UBS)	SUS	Baixa	• Principal porta de entrada da população idosa para os serviços da rede do SUS (RAS). • 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 processo de uso de medicamentos e práticas integrativas e complementares em Saúde (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. • Identificação das necessidades de saúde da população idosa do território adstrito. • Cadastramento de cada pessoa idosa que chega ao serviço, ou as identificadas por busca ativa. • Avaliação multidimensional da pessoa idosa e reavaliações, conforme recomendação técnica, de acordo com o nível de fragilidade desta.

Equipamento /serviço	Política Pública	Nível de complexidade	Ações desenvolvidas
Unidades Básicas de saúde (UBS)	SUS	Baixa	• 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 podem contar com o Agente de Combate às Endemias (ACE) e profissionais de Saúde Bucal. • 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). • Existem também, as UBS Fluviais (em áreas fluviais).

Equipamento /serviço	Política Pública	Nível de complexidade	Ações desenvolvidas
Vigilância em Saúde	SUS	Transversal a todos os pontos da RAS	• 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. • 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 doenças transmitidas por vetores ou de agravos decorrentes de acidentes e doenças ocupacionais. • 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. • 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.

Equipamento /serviço	Política Pública	Nível de complexidade	Ações desenvolvidas
Centro de Referência em Assistência Social (CRAS) ⁸	SUAS	Baixa	• Proteção Social Básica. • Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família – PAIF. • Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos. • Serviço de Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas. • Atendimento psicossocial para idosos em situação de vulnerabilidade. • Planejamento de intervenções com foco no fortalecimento de vínculos familiares e comunitários. • Articulação com redes de suporte, como associações e movimentos de pessoas idosas. • Abrange atendimento que pode ser oferecido em Centros de Convivência, com o objetivo de prestar 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. • Todos os serviços são desenvolvidos no território de abrangência do CRAS. • 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.

8 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.

Equipamento /serviço	Política Pública	Nível de complexidade	Ações desenvolvidas
Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)9	SUS	Média	• 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. • Os serviços têm base territorial e são especialmente focados no apoio no processo de reabilitação psicossocial. • 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. • São organizados conforme o nível de complexidade e a demanda da região, como o CAPS I (população acima de 20 mil 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). • Todos atendem pessoas com transtornos mentais graves e persistentes e com necessidades decorrentes do uso de álcool e outras drogas.

9 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE: Rede de Atenção Psicossocial - RAPS. Universidade Federal do Maranhão, 2018.

Equipamento /serviço	Política Pública	Nível de complexidade	Ações desenvolvidas
Centro Especializado em Reabilitação (CER ¹⁰)	SUS	Média	• Pontos de atenção ambulatorial especializada. • Realizam diagnóstico, tratamento, reabilitação, habilitação, concessão, adaptação e manutenção de tecnologia assistiva. • Atende regionalmente e pode ser organizado conforme o número de modalidades de reabilitação (auditiva, física, intelectual e visual). • CER II: presta atendimentos de duas modalidades de reabilitação; CER III: presta atendimentos de três modalidades de reabilitação e CER IV: presta atendimentos de quatro modalidades de reabilitação.
Unidade de Pronto Atendimento (UPA) ¹¹	SUS	Média	• É um dos componentes que integra a rede de serviços pré-hospitalares fixos para o atendimento às urgências. • 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. • Realiza o encaminhamento dos pacientes que necessitam de tratamento em outras unidades de referência. • Opera 24 horas por dia, todos os dias da semana, com uma equipe multiprofissional qualificada e adaptada às demandas específicas de cada região.

10 Portaria nº 793/GMS/MS, de 24 de abril de 2012.

11 BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. 2003.

Equipamento /serviço	Política Pública	Nível de complexidade	Ações desenvolvidas
Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) ¹²	SUS	Média	• Faz parte do módulo pré-hospitalar da Rede de Atenção às Urgências (RAU). • Presta atendimento pré-hospitalar móvel em situações de urgência. • Busca precoce da vítima após a ocorrência de um incidente que afete sua saúde, seja de natureza clínica, cirúrgica, traumática ou psiquiátrica. • 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. • Serviço gratuito, acessado pelo número discável 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.

Equipamento /serviço	Política Pública	Nível de complexidade	Ações desenvolvidas
Centro de Referência Especializado em Assistência Social (CREAS)	SUAS	Média	- Serviço de Proteção Social Especial. - 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 são pautadas no reconhecimento do potencial dos envolvidos, na valorização da diversidade e na redução da sobrecarga do cuidador.
Atendimento Hospitalar ¹²	SUS	Alta	- A internação hospitalar é um recurso que deve ter disponibilidade em suficiência, conforme parâmetros de leitos clínicos nacionais. - É indicada somente quando esgotadas outras ações e serviços para o manejo adequado dos agravos à saúde.

12 Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Hospitalar. 2023.

Equipamento /serviço	Política Pública	Nível de complexidade	Ações desenvolvidas
Atenção Domiciliar (AD) ¹³	SUS	Baixo (AD1), Médio (AD2) e Alto (AD3)	- A AD no SUS pode ser realizada tanto pelas equipes de Atenção Básica e as 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. - Ações de promoção, prevenção, proteção, diagnóstico e reabilitação da saúde, cuidados paliativos, a depender do nível de complexidade demandado.
Acolhimento institucional: Casa Lar (até 10 pessoas) e Instituições de Longa Permanência (ILPI)	SUAS	Alta	- 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 autossustento. - 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.

Fonte: Falcão; Veras (no prelo).

13 Ministério da Saúde. Atenção Domiciliar. Acesso em: 2025.

Quadro 2 – Outros dispositivos de interesse público acessível à população

Serviço	Política Pública	Ações desenvolvidas
Disque 100	Direitos Humanos	• 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). • Garante de sigilo e anonimato ao denunciante. • Acesso: por linha telefônica fixa ou móvel, discando 100.
Ouvidoria Geral do SUS ¹⁴	SUS	• Recebe, escuta, acolhe, analisa e encaminha as solicitações e manifestações das pessoas usuárias do SUS em todo Brasil (elogios, reclamações, denúncias) • Existem ouvidorias nos Estados e Municípios; • 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 dos diferentes serviços públicos do SUS; • Incentiva e apoia a promoção da transparência, do acesso à informação e da participação social. • Garante sigilo e anonimato ao manifestante. • Acesso: por linha telefônica, discando 136 ou preenchendo o formulário online: https://ouvidor.saude.gov.br/public/form-web/ registrar.

14 Ouvidoria-Geral do Sistema Único de Saúde - OuvSUS.

Por fim, uma **perspectiva multidimensional** da pessoa idosa serve como o alicerce fundamental que potencializa as abordagens interdisciplinares, interprofissionais e intersetoriais, pois ela fornece a base conceitual e prática para a compreensão e o manejo complexo das necessidades da população idosa. Ela fomenta uma visão sistêmica, transcendendo a mera análise de patologias isoladas para considerar a pessoa idosa em sua totalidade.

Multidimensionalidade da pessoa idosa

A perspectiva multidimensional constitui um marco conceitual essencial nas políticas públicas voltadas à velhice, por reconhecer que o envelhecimento é um processo complexo, influenciado por fatores biológicos, psicológicos, sociais e ambientais, que se entrelaçam ao longo da vida. Compreender essa complexidade exige o afastamento de visões reducionistas que tratam a pessoa idosa apenas a partir de parâmetros biomédicos ou socioeconômicos isolados.

Esta seção baseia-se na obra de Moraes e Lopes (2023), que propõe uma abordagem da avaliação da pessoa idosa, estruturada a partir das **dimensões clínico-funcionais e sociofamiliares**, em consonância com os princípios norteadores do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

A **dimensão clínico-funcional** representa o cerne da avaliação da saúde física e da capacidade de desempenho da pessoa idosa. A **dimensão sociofamiliar** aborda o contexto social e de apoio em que a pessoa idosa está inserida, reconhecendo sua influência primordial no bem-estar. A primeira dimensão é explorada por instrumentos tais como o Índice de Vulnerabilidade Clínico Funcional – 20 (IVCF-20) e a estrutura da Capacidade Intrínseca do *Integrated Care for Older People* (ICOPE); e a segunda dimensão é contemplada por instrumentos tais como o Índice de Vulnerabilidade Social e Familiar 10 (IVSF-10).

Os componentes-chave da dimensão clínico-funcional englobam: a **idade**, que, embora não seja um marcador isolado de fragilidade, é um fator de risco relevante para o declínio funcional; a **autopercepção da saúde**, que reflete a visão subjetiva da pessoa idosa sobre seu próprio estado de saúde; a **funcionalidade global**, avaliada através das Atividades de Vida Diária (AVDs); a **cognição**, que compreende a avaliação da memória, orientação e a presença de déficits que impactam as atividades cotidianas; e o **humor/comportamento**, que investiga a presença de sintomas de desânimo, tristeza ou anedonia.

Complementarmente, a **mobilidade** é avaliada em termos de capacidade de alcance, preensão e pinça, **capacidade aeróbica e muscular** (com indicadores como peso, IMC e circunferência da panturrilha), características da **marcha**, histórico de **quedas** e **continência esfincteriana**. A **comunicação** é verificada pela acuidade **visual e auditiva**, mesmo com o uso de correções. Por fim, a presença de **comorbidades múltiplas**, polifarmácia e internações recentes consolida a avaliação da complexidade clínica e do risco de fragilidade.

A **dimensão sociofamiliar** tem como componentes essenciais: a **moradia** e suas condições, bem como a composição do núcleo familiar; o **suporte familiar**, avaliado pela disponibilidade de cuidadores e pela satisfação da pessoa idosa com o convívio e a frequência de visitas; a **renda** e a **escolaridade**, que são determinantes sociais, impactando o acesso a recursos e a autonomia; a **participação social**, que mede o envolvimento da pessoa idosa em atividades comunitárias e redes de apoio; e a **sobrecarga do cuidador**, reconhecendo o impacto que o cuidado pode ter sobre aqueles que provêm assistência à pessoa idosa.

A intersecção e a avaliação integrada dessas duas dimensões permitem uma compreensão aprofundada da “fragilidade multidimensional”, indo além de diagnósticos isolados para facilitar a criação de planos de cuidado individualizados, que visam a otimização da

funcionalidade, do bem-estar e da autonomia da pessoa idosa, em consonância com o modelo de atenção centrada na pessoa.

A multidimensionalidade facilita a comunicação e a construção de um entendimento compartilhado entre os membros da equipe. Ao estabelecer um arcabouço conceitual comum, ela permite que especialistas de áreas distintas utilizem uma linguagem unificada, minimizando a fragmentação do raciocínio clínico e do plano terapêutico. Adicionalmente, ela contribui para romper os “silos” profissionais, demonstrando a interdependência das competências de diferentes áreas para atender às necessidades complexas da população idosa.

Ao evidenciar as interconexões entre as diversas dimensões da vida da pessoa idosa e a influência de fatores externos ao setor da saúde, a perspectiva multidimensional subsidia a formulação de políticas públicas integradas. Essa abordagem justifica a mobilização de recursos e a realização de ações conjuntas entre entidades governamentais e não governamentais, como a integração entre o Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS).

A abordagem e avaliação multidimensional da pessoa idosa no contexto do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) é inerente à própria concepção do sistema, que visa a proteção social de indivíduos e famílias em situação de vulnerabilidade e risco. Embora o SUAS não utilize formalmente os mesmos instrumentos da saúde (como o IVCF-20 ou ICOPE em sua totalidade), seus princípios e serviços permitem uma avaliação e intervenção que engloba diversas dimensões da vida da pessoa idosa, especialmente as sociofamiliares e econômicas, e abrem portas para a integração com outras dimensões.

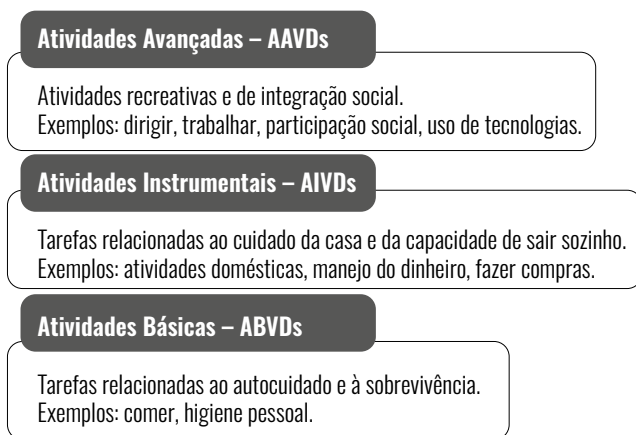
A avaliação multidimensional no SUAS é fundamentalmente construída através de um processo contínuo de escuta, observação e registro, realizado pelas equipes de referência nos CRAS e CREAS, em visitas domiciliares (“busca ativa”) e no atendimento direto. Assim, no contexto do SUAS, essa abordagem se manifesta na capacidade do sistema de identificar, analisar e intervir sobre as complexas in-

terações entre vulnerabilidades sociais, econômicas, de proteção de direitos e aspectos psicológicos, ao mesmo tempo em que articula, de forma intersetorial, com as dimensões clínico-funcionais e cognitivas abordadas pelo SUS, garantindo um cuidado integral e coordenado.

Funcionalidade Global

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; Lopes, 2023). São resultantes da interação dinâmica entre condições de saúde e fatores de contexto.

Figura 1 – Atividades de vida diária



Fonte: As(os) autoras (es)

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 à qualidade de vida global na velhice. Autonomia é a capacidade de autogovernar, 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 hábitos de vida pouco saudáveis (sedentarismo, alimentação inadequada, consumo excessivo de álcool e tabaco, transtornos do sono), condições ambientais desfavoráveis (moradias insalubres, barreiras arquitetônicas, ausência de espaços públicos acessíveis e seguros) e desigualdades socioeconômicas (baixa renda, baixa escolaridade, dificuldade de acesso a serviços de saúde e de proteção social), têm impacto significativo sobre a funcionalidade na velhice. Está associada a um pior *status* cognitivo (Pereira *et al.*, 2020), à pior saúde mental, à autopercepção negativa de saúde, a doenças crônicas e a baixa escolaridade (Lima-Silva, 2024). Segundo dados da Pesquisa Nacional de Saúde (IBGE, 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, 2014b).

No âmbito da funcionalidade da pessoa idosa, a fragilidade destaca-se como um dos maiores desafios, sendo definida como uma síndrome geriátrica complexa e multifatorial, caracterizada pela redução da reserva fisiológica, pela menor capacidade de resposta homeostática e pela maior vulnerabilidade a eventos adversos, como quedas, hospitalizações e dependência funcional (Silva *et al.*, 2024; Ferriolli *et al.*, 2022). Frequentemente sutil em suas manifestações, a fragilidade pode passar despercebida pelos profissionais de saúde, o que dificulta sua identificação precoce e a adoção de estratégias preventivas.

Dados da Rede de Pesquisa sobre Estudos da Fragilidade em Idosos Brasileiros (FIBRA) indicam que aproximadamente 9,1% da população idosa avaliada foi classificada como frágil, com essa condição associando-se significativamente a alterações cognitivas e declínio funcional. Além disso, mais de 50% foram identificados como pré-frágeis, grupo que já apresenta sinais de vulnerabilidade, mas que ainda pode se beneficiar de ações preventivas e intervenções precoces (Neri, 2013).

Observa-se também, uma relação bidirecional entre sintomas depressivos e fragilidade: a presença de depressão pode acelerar o processo de fragilização, enquanto a própria fragilidade favorece o surgimento de sofrimento psíquico, criando um ciclo que compromete a autonomia e a qualidade de vida (Lenardt *et al.*, 2021). Entre os fatores associados à maior prevalência de fragilidade, destacam-se a baixa escolaridade, menor renda, idade mais avançada, presença de comorbidades, dependência nas atividades da vida diária, além do fator gênero, com destaque para a maior vulnerabilidade das mulheres idosas (Neri, 2013; Ferriolli *et al.*, 2022).

Status cognitivo e saúde mental

A saúde mental da pessoa idosa é intrinsecamente ligada às suas condições de vida, experiências pregressas e contexto social. Transtornos de humor, como depressão e ansiedade, e alterações cognitivas, incluindo demências, são questões prevalentes, que demandam atenção especializada e integrada (Brasil, 2018a). O sofrimento psíquico na pessoa idosa é frequentemente agravado por fatores sociais e ambientais. O isolamento social, a perda de entes queridos, a fragilização de vínculos familiares, a pobreza e o *idatismo*, são determinantes sociais que impactam diretamente a saúde mental e o bem-estar (Brasil, 2023). A invisibilidade desses problemas nos serviços de saúde e a tendência a naturalizar o sofrimento como parte inerente do envelhecimento, dificultam a identificação e o acesso a um cuidado adequado (Falcão; Carvalho, 2009/2018).

Decisões sobre autonomia, cuidados de saúde e qualidade de vida, 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.

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*, 2025).

Psicólogas(os) que trabalham com pessoas idosas devem estar familiarizadas(os) 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, devem ser capazes de realizar o rastreio cognitivo e estar cientes 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 idosos(as) 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).

O uso abusivo de álcool e outras drogas também constitui uma preocupação crescente, muitas vezes negligenciada nessa população, que experimenta os efeitos de substâncias de forma mais intensa, devido a alterações metabólicas relacionadas à idade e à polifarmácia (Brasil, 2023b). 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 prevalência da ideação suicida tenda a diminuir com o avanço da idade, observa-se que, entre pessoas idosas, a intenção suicida é mais firme e a letalidade dos métodos escolhidos é maior, havendo ainda menor manifestação de sinais de alerta ou estes passam despercebidos por familiares e profissionais de saúde (Falcão; Gutierrez, 2016). No Brasil, as maiores taxas de suicídio concentram-se na faixa etária acima dos 80 anos, seguida pelo grupo entre 70 e 79 anos, sendo o enforcamento o método mais frequentemente 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 incontrolláveis; 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 idosos(as). 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).

Redes sociais

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 (Duarte; Domingues, 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).

Marcelino *et al.* (2024), a partir de dados da linha de base do ELSI-Brasil (2015-2016), identificaram que elementos da rede social, como baixa frequência de contato virtual com filhos(as), ausência de parentes, indisponibilidade de apoio e solidão, estão associados à pré-fragilidade e à fragilidade em pessoas idosas, sendo que a percepção de críticas e a ausência de filhos se relacionaram especificamente à fragilidade. Destaca-se que a solidão aumentou em 36% a chance de pré-fragilidade e em 40% a de fragilidade, reforçando a importância de considerar a qualidade das relações sociais e o sentimento de conexão como prioridade nos serviços de saúde e assistência social, dado seu impacto na vulnerabilidade e no risco de incapacidades futuras.

Relações Familiares

A diversidade dos arranjos familiares é uma realidade cada vez mais evidente na sociedade contemporânea, refletindo transformações sociais, culturais e jurídicas, que ampliaram o reconhecimento de diferentes formas de constituição familiar. Além do modelo nuclear tradicional, destacam-se famílias recompostas, monoparentais, extensas, homoafetivas e aquelas constituídas por laços de afinidade

e escolha. Essa pluralidade desafia concepções normativas e exige que a Psicologia e as políticas públicas reconheçam diferentes formas de cuidado, pertencimento e suporte intergeracional.

As repercussões do envelhecimento nas relações familiares requerem uma visão sistêmica que articule dimensões individuais e coletivas. Em situações de adoecimento crônico, como as demências, a forma de enfrentamento é moldada pelos vínculos e padrões familiares construídos ao longo do tempo, os quais podem tornar-se insuficientes diante das transformações do ciclo vital. Assim, a adaptação às novas demandas e perdas depende da flexibilidade da família e de sua capacidade de reconfigurar papéis e funções (Falcão; Baptista, 2016; Falcão *et al.*, 2024).

As relações entre pais/mães idoso(as) e filhos(as) adultos(as) também sofrem transformações significativas com o envelhecimento. À medida que os pais envelhecem, pode haver 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 (Bentes; Pedroso; Falcão, 2020). A Psicogerontologia oferece suporte a essa demanda ao compreender as nuances dessas dinâmicas e auxiliar tanto pais/mães quanto filhos(as) 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 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).

A recoabitação, entendida como o retorno de filhos e netos à casa da pessoa idosa após um período de afastamento, tem se

tornado um fenômeno relevante na contemporaneidade. Estudos indicam que essa dinâmica produz efeitos ambivalentes: de um lado, gera satisfação por fortalecer vínculos e reduzir a solidão; de outro, impõe sobrecarga às idosas, que assumem novamente funções de cuidado, organização doméstica e manutenção da autoridade no lar. Assim, a recoabitação não se limita a um rearranjo físico da moradia, mas implica uma reconfiguração relacional e intergeracional, exigindo adaptação às novas demandas de convivência (Cunha; Dias, 2019).

Portanto, as relações familiares, em suas múltiplas configurações, podem atuar tanto como *fatores de risco* quanto de *proteção* ao longo do curso de vida. Vínculos fragilizados, marcados por conflitos, abandono ou violência, tendem a repercutir negativamente no envelhecimento, potencializando isolamento social, solidão e sofrimento psíquico. Em contrapartida, relações baseadas em afeto, apoio mútuo e reconhecimento, contribuem para a construção de redes de proteção que favorecem a saúde mental, a resiliência e a adaptação frente às mudanças do envelhecer. Assim, investir no fortalecimento dos vínculos afetivos desde etapas precoces da vida não apenas amplia o bem-estar, mas também constitui uma estratégia preventiva de longo prazo, capaz de favorecer processos de envelhecimento mais saudáveis e inclusivos.

Nesse cenário, a atuação das(os) psicólogas(os) é estratégica e multifacetada: envolve avaliar a qualidade das relações familiares, mapear recursos e fragilidades, oferecer acolhimento às pessoas idosas e a seus familiares, mediar conflitos intergeracionais e fortalecer vínculos afetivos e de cuidado. Também compreende apoiar cuidadores formais e informais, prevenindo a sobrecarga física e emocional; identificar e intervir em situações de negligência e violência; e reconhecer a diversidade dos arranjos familiares, valorizando diferentes formas de constituição da vida em comum.

Cabe ainda às(aos) profissionais, estimular a autonomia e o protagonismo da pessoa idosa nas decisões que lhe dizem respeito,

respeitando sua dignidade e direitos. Para além do âmbito clínico, a Psicologia contribui na articulação com a rede comunitária e inter-setorial (saúde, assistência social, justiça e educação), ampliando o suporte às famílias. Investir no fortalecimento dos laços afetivos desde etapas precoces da vida constitui, assim, não apenas uma ação imediata de cuidado, mas também uma estratégia preventiva de longo prazo, capaz de favorecer processos de envelhecimento mais saudáveis, inclusivos e sustentados em redes de apoio.

Relações afetivo sexuais e conjugais

As relações afetivas na velhice assumem papel central na manutenção da saúde mental, da qualidade de vida e do bem-estar subjetivo. Diferentes estudos indicam que vínculos de intimidade, sejam conjugais, familiares ou de amizade, funcionam como importantes fontes de suporte emocional, companhia e pertencimento, contribuindo para reduzir sentimentos de solidão e isolamento social. Ao mesmo tempo, essas relações não permanecem estáticas: elas se reconfiguram diante das mudanças trazidas pelo ciclo vital, exigindo dos indivíduos e dos cônjuges novas formas de interação, cuidado e ajustamento.

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).

A qualidade das relações conjugais na velhice não resulta apenas do tempo de convivência, mas é influenciada por um conjunto de variáveis individuais e relacionais. Entre os fatores mais estudados estão características de personalidade, habilidades de comunicação, estratégias de resolução de conflitos, níveis de suporte social, saúde física e mental, além das mudanças associadas ao ciclo vital, como aposentadoria, saída dos filhos de casa e experiências de perdas. Esses elementos podem fortalecer o vínculo conjugal, promovendo bem-estar e satisfação, ou, ao contrário, fragilizar a relação, aumentando tensões e vulnerabilidades.

Uma pesquisa de seguimento do Estudo Fibra (Fragilidade em Idosos Brasileiros), conduzido por Falcão *et al.* (2022), evidenciou que os traços de personalidade influenciam a satisfação conjugal ao longo do tempo, podendo atuar como fatores de proteção ou vulnerabilidade. Pessoas idosas com menores escores de neuroticismo relataram maior satisfação conjugal, disposição para interações positivas e melhor qualidade da vida sexual. Além disso, baixos níveis de neuroticismo também se associaram a maior satisfação com a vida, amigos e relações familiares, reforçando a conexão entre vínculos saudáveis e bem-estar geral.

Falcão, Thomé e Almeida (2023), em estudo com 78 casais idosos casados há mais de 40 anos, observaram que a insatisfação conjugal se associa à redução da paixão, do compromisso e da intimidade, indicando a importância de intervenções que favoreçam a interação na velhice. De forma complementar, Scorsolini-Comin *et al.* (2023) mostraram que casais longevos tendem a ressignificar sua trajetória conjugal a partir de momentos significativos, relatando como experiências positivas a convivência com os filhos em diferentes fases do desenvolvimento, e como mais negativas as doenças, complicações

de saúde e hábitos prejudiciais, como o abuso de álcool, que comprometem a dinâmica conjugal.

A sexualidade na velhice, por muito tempo um tema velado e envolto em tabus sociais, tem emergido progressivamente como uma dimensão para a compreensão do processo de envelhecimento e para a qualificação das políticas públicas. A relação entre a sexualidade e o bem-estar geral, bem como a qualidade de vida, é inquestionável. A manutenção de uma vida sexual ativa e satisfatória tem sido associada a benefícios psicológicos substanciais, incluindo a melhora da autoestima e a sensação de vitalidade (Berger, 2012; Vieira *et al.*, 2016; Santos, 2022). A desmistificação da sexualidade nessa fase da vida, aliada ao reconhecimento de sua importância intrínseca para a qualidade de vida e o bem-estar psicológico, tem relevância para a atuação do psicólogo.

Historicamente, a velhice foi marcada pelo estigma da assexualidade, entendido como a suposta extinção do desejo e da atividade sexual com o avançar da idade. Tal concepção, sustentada por preconceitos, ignora a complexidade da sexualidade, que vai além do ato coital e envolve afeto, intimidade, prazer e autoexpressão (Berger, 2012; Vieira *et al.*, 2016). Ainda que o envelhecimento traga alterações fisiológicas, como a redução da lubrificação vaginal em mulheres e a disfunção erétil em homens, o desejo e a capacidade de vivenciar prazer permanecem ao longo da vida (Alencar *et al.*, 2014; Santos, 2022).

No caso de pessoas idosas LGBTQIA+, os desafios podem ser ainda maiores. Como já mencionado, muitas enfrentam dupla discriminação, marcada tanto pelo *idadismo* quanto pela LGBTfobia, o que repercute na visibilidade social e na vivência da sexualidade. Relações homoafetivas e outros arranjos afetivos e conjugais na velhice ainda são pouco reconhecidos por famílias, serviços de saúde e políticas públicas, o que pode levar ao isolamento, à ocultação de vínculos

e à negação de direitos. Nesses casos, a(o) psicóloga(o) tem papel central na defesa de políticas inclusivas que respeitem a diversidade.

A forma como a sociedade atribui significado às mudanças na sexualidade é, muitas vezes, mais determinante do que os próprios aspectos biológicos (Soares; Meneghel, 2021). Fatores como isolamento social, viuvez, ausência de parceiros(as) ou rejeição familiar podem limitar a expressão da sexualidade, especialmente entre mulheres idosas e entre pessoas idosas LGBTQIA+. Além disso, a falta de preparo de profissionais de saúde em abordar a sexualidade na velhice contribui para seu silenciamento, aumentando vulnerabilidades, inclusive frente ao crescimento da incidência de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) nessa população (Alencar *et al.*, 2014).

A persistência de barreiras e tabus por parte de profissionais de saúde e da própria sociedade demonstra um desconforto e falta de conhecimento para abordar a sexualidade de pessoas idosas. Alerta-se, ainda, para o risco de que o discurso da “sexualidade saudável” possa se metamorfosear em uma nova normatividade, criando uma “obrigação de fazer sexo” em detrimento da valorização do desejo autêntico e da autonomia individual (Berger, 2012).

No cenário das políticas públicas, as(os) psicóloga(os) assumem um papel importante na atenção à sexualidade da pessoa idosa. Sua atuação é fundamental na desconstrução de mitos e estigmas, atuando na psicoeducação e na facilitação de discussões abertas sobre a sexualidade na velhice, tanto com pessoas idosas diretamente, quanto com suas famílias e outros profissionais de saúde. Ao desafiar o mito da assexualidade, o psicólogo contribui para que o idoso(a) se perceba como um ser sexual em todas as fases da vida, legitimando seus desejos e práticas (Soares; Meneghel, 2021; Santos, 2022).

Adicionalmente, sua atuação se estende à avaliação e intervenção multidimensional e integral, reconhecendo a sexualidade como uma das dimensões-chave na avaliação global da pessoa idosa.

Psicólogas(os) podem identificar como fatores psicológicos (depressão, ansiedade, baixa autoestima, trauma); sociais (isolamento, falta de parceiro, preconceito familiar); ou funcionais (doenças crônicas, polifarmácia, perda de mobilidade) impactam a sexualidade da pessoa idosa. A partir dessa avaliação, são propostas intervenções personalizadas, que variam desde o aconselhamento individual e terapia de casais, até a participação em grupos de convivência e atividades que promovam a socialização e o bem-estar psicossocial (Moraes; Lopes, 2023).

O manejo de sofrimentos e disfunções sexuais é outra área crucial de intervenção, onde o psicólogo atua para abordar o sofrimento psíquico decorrente de disfunções, da dificuldade de aceitação das mudanças corporais, da solidão ou da culpa por expressar o desejo. Nesse sentido, oferece suporte para a resignificação da sexualidade, explorando novas formas de prazer e intimidade para além do coito, como o carinho, o toque, a cumplicidade e a autoerotização (Berger, 2012; Alencar *et al.*, 2014).

O apoio a familiares e cuidadores também é parte integrante dessa atuação, uma vez que a(o) psicóloga(o) auxilia essas figuras de apoio a compreenderem e aceitarem a sexualidade da pessoa idosa, orientando sobre a importância da privacidade, do respeito à autonomia e da comunicação aberta, o que previne situações de negligência, abuso ou julgamento.

Por fim, a atuação da(o) psicóloga(o) se estende à capacitação de profissionais. No contexto das políticas, tem o papel de capacitar outros profissionais da saúde (como médicos, enfermeiros e assistentes sociais), para abordar a sexualidade da pessoa idosa de forma ética, respeitosa e informada, superando o desconforto e a falta de conhecimento (Soares; Meneghel, 2021). Além disso, atua na defesa de políticas que garantam os direitos sexuais dessa população, combatam o *idadismo* e promovam ambientes que favoreçam

a expressão da sexualidade em todas as suas formas, inclusive em instituições de longa permanência.

Morte e Luto

A questão da morte e do luto também é central no ciclo de vida familiar, especialmente na velhice. A compreensão das perdas na velhice transcende a mera constatação do falecimento de um ente querido. O envelhecimento impõe uma série de “perdas progressivas” que afetam diversas dimensões da vida. No âmbito físico, observa-se a diminuição da acuidade sensorial, do vigor e a alteração da fisionomia, esta última, frequentemente valorizada negativamente em uma cultura que idealiza a juventude (Cezar *et al.*, 2022). Em um contexto social, há a mudança de papéis, como a aposentadoria, que acarreta a perda do *status* profissional, da rede de contatos laborais e, muitas vezes, da segurança financeira (Cezar *et al.*, 2022).

As relações familiares também se reconfiguram, exigindo adaptações às novas dinâmicas. A viuvez, em particular, desestrutura a rotina e os papéis sociais, evocando sentimentos de tristeza, angústia e solidão (Turassa *et al.*, 2021). A pandemia do Covid-19 demonstrou, de forma contundente, a extensão dessas perdas, que se manifestaram não apenas na morte de entes queridos, mas também no luto antecipatório pela incerteza sobre o futuro, no cancelamento de planos e marcos importantes, na preocupação com a saúde dos outros, na alteração da rotina diária, na perda de contato e conexão que levou ao isolamento social (Statz *et al.*, 2023).

Para a população idosa do campo, das florestas e das águas, essas camadas de perdas somam-se, de forma crescente, ao eco-luto, uma nova dimensão do sofrimento humano que emerge da conexão entre saúde mental e crise climática (Rosa *et al.*, 2019). Este conceito refere-se ao luto experienciado em resposta a perdas ambientais,

incluindo a destruição de ecossistemas e a degradação de comunidades cujos modos de vida, trabalho, produção e reprodução social estão diretamente ligados aos recursos naturais.

Para as pessoas idosas que, frequentemente, possuem uma relação mais duradoura com a natureza e com os lugares que habitaram por toda uma vida, o eco-luto pode ser particularmente intenso, uma vez que muitos testemunharam as transformações ambientais significativas e a degradação dos ecossistemas que amam. A percepção da irreversibilidade dessas mudanças e a preocupação com o futuro das próximas gerações podem gerar um sofrimento agudo, manifestando-se como um luto antecipatório e sentimento de desamparo.

A experiência do luto é também mais complexa para a população negra, especialmente na velhice, devido ao racismo estrutural que historicamente nega a dignidade e a visibilidade a essas vidas e suas perdas. O conceito de luto não reconhecido (*disenfranchised grief*) é central para compreender essa dinâmica, descrevendo situações em que a sociedade não legitima e não valida o pesar (Torre; Marras, 2022).

Para a população negra idosa, isso pode se manifestar no não reconhecimento de relações, de perdas (como em mortes por violência policial ou em contextos de alta vulnerabilidade social), do enlutado (a dor da pessoa negra é minimizada ou invisibilizada), da morte (especialmente em casos de suicídio ou mortes em condições marginais), ou na forma de se enlutar (quando as expressões de dor não se encaixam nas expectativas sociais hegemônicas) (Torre; Marras, 2022). Esse processo de apagamento e silenciamento impacta diretamente a capacidade de elaboração do luto, mantendo uma ferida aberta e dificultando a nomeação da dor (Rosa *et al.*, 2019).

A experiência de luto para a população idosa LGBTQIA+ abrange perdas adicionais que refletem a marginalização social e histórica vivida por essa comunidade (Pentaris; Patlamazoglou, 2023). Tais perdas incluem a do *status* de relacionamento, visto que muitas par-

cerias podem não ter recebido validação social, levando à dissolução da identidade relacional do enlutado com a morte do parceiro.

Adicionalmente, observa-se a perda de poder e controle, dada a dependência mútua na navegação de um mundo frequentemente hostil, o que afeta as finanças e as decisões de vida. Por fim, a perda de redes de amizade é relevante, pois os círculos sociais construídos em torno do relacionamento podem se esvaír, resultando em profundo isolamento (Pentaris; Patlamazoglou, 2023). Essas perdas estão enraizadas em barreiras sistêmicas, onde os relacionamentos são deslegitimados por processos heteronormativos, muitas vezes impedindo o acesso a direitos e reconhecimentos disponíveis a pessoas heterossexuais (Johnson; Bindley, 2025).

Assim, embora o luto seja um processo normal frente a perdas, pode se tornar complicado ou prolongado quando a pessoa não desenvolve a capacidade de elaboração, apresentando sintomas debilitantes (Cezar *et al.*, 2022). O luto pode ser, ainda, não autorizado quando a sociedade não reconhece ou permite sua expressão pública (Cezar *et al.*, 2022), como experimentado frequentemente pela população LGBTQIA+ e negra. Neste cenário, o psicólogo desempenha um papel importante, expandindo sua atuação para além das perdas interpessoais, abrangendo o auxílio na elaboração de lutos complexos, incluindo as perdas ambientais e o luto não reconhecido.

O Modelo de Processo Dual do Luto (MPD) reconhece a oscilação saudável entre o enfrentamento da perda e a restauração da vida, incentivando o reengajamento e o desenvolvimento de novos papéis (Roberts *et al.*, 2019). A revisão de vida pode auxiliar na integração de experiências passadas, na expressão de emoções e no fortalecimento de laços sociais, contribuindo para a autoestima e a redução da solidão. A utilização de tecnologias, como a telessaúde e o suporte virtual, pode mitigar as barreiras geográficas e de mobilidade. A criação de ambientes sociais que combatam a solidão e

promovam a conexão e o engajamento é um pilar essencial para o bem-estar mental em face das múltiplas perdas (Roberts *et al.*, 2019).

Fundamentalmente, a(o) psicóloga(o) facilita intervenções que busquem encontrar ou reconstruir o sentido da vida após a perda. Para que todo esse leque de atuação seja acessível e eficaz, a manutenção de vínculos afetivos é essencial, permitindo às pessoas idosas investirem em novos objetos e até mesmo deixar um “legado”. Em relação ao luto não reconhecido, a(o) psicóloga(o) precisa promover espaços seguros para a expressão do luto e para o resgate da história individual e coletiva, como a dimensão pública e coletiva do luto, que permite a elaboração da segregação e um lugar de fala e singularidade (Rosa *et al.*, 2019).

A atuação das(os) psicólogas(os) no contexto do luto e das perdas na velhice, em sua complexidade crescente e interseccional, só poderá alcançar seu pleno potencial com o suporte de políticas públicas robustas e inovadoras, que valorizem a qualidade de vida das pessoas idosas, permitindo-lhes navegar pelas complexidades da finitude e das transformações do mundo com apoio, reconhecendo e abordando as camadas de sofrimento impostas pelas desigualdades sociais e raciais.

Apesar da clareza sobre a necessidade do suporte psicológico, as políticas públicas brasileiras ainda apresentam lacunas significativas no apoio ao luto e às perdas na velhice. Há uma carência de programas específicos para pessoas idosas institucionalizadas ou em isolamento, e a educação para a morte não figura na lista de prioridades nas políticas de saúde (Ferreira *et al.*, 2018). A base de evidências para intervenções eficazes em pessoas idosas, embora crescente, ainda é limitada, e muitas vezes os tratamentos não são devidamente adaptados às suas necessidades específicas, como a idade avançada (>80 anos), a presença de comorbidades, ou a complexidade das redes sociais (Roberts *et al.*, 2019).

Religiosidade e espiritualidade

A religiosidade e a espiritualidade constituem dimensões centrais da experiência humana e adquirem relevância particular na velhice, etapa frequentemente marcada por perdas, doenças crônicas e reflexões sobre sentido, propósito e transcendência. A religiosidade, entendida como a prática de rituais, participação em comunidades de fé e adesão a crenças institucionais, e a espiritualidade, relacionada a experiências subjetivas de conexão com o transcendente, com os outros e consigo mesmo, oferecem recursos simbólicos e práticos para enfrentar situações de vulnerabilidade.

Evidências científicas indicam que a religiosidade e a espiritualidade atuam como fatores protetores da saúde mental e física, favorecendo a resiliência diante de limitações funcionais e desafios emocionais. Pessoas idosas com maior envolvimento religioso ou espiritual relatam menor incidência de sintomas depressivos, ansiedade e medo da morte, além de apresentarem melhor estado de saúde mental, maior satisfação com a vida, bem-estar psicológico, melhor adesão a tratamentos, relações sociais mais positivas e maior percepção de suporte social (Coelho-Júnior *et al.*, 2022; Shabani *et al.*, 2023).

Essas dimensões contribuem, ainda, para a resignificação do sofrimento, o fortalecimento de propósitos, sentido da vida e o oferecimento de suporte emocional em situações de adoecimento crônico, luto e dependência funcional. Contudo, a literatura alerta que a religiosidade nem sempre atua de forma benéfica. O chamado *coping* religioso negativo, caracterizado por sentimentos de punição divina, abandono espiritual ou conflitos entre crenças pessoais e familiares, pode intensificar o sofrimento psíquico e aumentar a vulnerabilidade em pessoas idosas (O'Brien, 2019).

Nesse contexto, a competência multicultural das(os) psicólogas(os) deve abranger também a dimensão espiritual e religiosa. Embora tradicionalmente centrada na diversidade étnico-racial, essa competência – entendida como um conjunto de atitudes, conhecimentos e habilidades que favorecem serviços culturalmente respeitosos – precisa reconhecer que crenças e práticas religiosas ou espirituais estruturam sentidos de vida, orientam modos de enfrentamento de perdas e doenças e sustentam redes de apoio social na velhice. Incorporar essa pluralidade implica considerar tanto os potenciais benefícios quanto os possíveis riscos associados à religiosidade e à espiritualidade (Vieten; Likof, 2022).

Além disso, a prática profissional pode incluir a mediação de conflitos familiares relacionados à fé, a articulação com redes comunitárias de apoio e a promoção de ambientes institucionais que respeitem a liberdade de crença e descrença, promovendo um ambiente de acolhimento independente da filiação religiosa ou ausência dela. É importante, também, contribuir para que instituições como ILPIs, hospitais e CAPS respeitem e viabilizem a expressão religiosa/espiritual dos residentes e usuários, sem coerção ou imposição.

Pessoas idosas com demência

É fundamental refletir sobre 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(as). Os conhecimentos das(os) psicóloga(os) 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 sobre a resposta da saúde pública à demência 2017-2025¹⁵”, 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.

15 <https://www.who.int/publications/i/item/global-action-plan-on-the-public-health-response-to-dementia-2017–2025>.

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 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).

As autoridades de saúde devem priorizar 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.

Cuidadores familiares

O conceito de cuidado, intrinsecamente polissêmico, abrange o trabalho cotidiano de produção de bens e serviços essenciais à sustentação e reprodução da vida humana, garantindo o bem-estar dos indivíduos em todas as fases da vida (Ministério da Saúde, 2023). No contexto da pessoa idosa, o cuidado manifesta-se em diversas dimensões, desde a assistência para atividades básicas da vida diária, como banho e alimentação, até tarefas instrumentais, como gerenciamento financeiro e participação social (Minayo; Correa, 2020).

A crescente demanda por cuidado, impulsionada pelo envelhecimento populacional e pela diminuição das famílias nucleares, tem gerado uma “crise dos cuidados” (Ministério da Saúde, 2023). Nesse contexto, é importante destacar o papel dos cuidadores informais – geralmente familiares. Historicamente, essa responsabilidade recaiu desproporcionalmente sobre as famílias, em particular sobre as mulheres, que, independentemente de sua condição socioeconômica, assumem a maior parte do trabalho de cuidado não remunerado (Falcão *et al.*, 2024).

Essa divisão sexual do trabalho doméstico e de cuidados impacta a participação das mulheres no mercado de trabalho e na vida pública, limitando seu acesso a tempo, renda e oportunidades (Biroli, 2015). A sobrecarga imposta aos cuidadores familiares, que frequentemente dedicam mais de dez horas diárias sem remuneração,

afeta sua saúde física e emocional, levando a estresse, isolamento e, em alguns casos, exaustão (Terassi *et al.*, 2023).

As mulheres idosas são particularmente vulneráveis, atuando em uma dupla posição: a de cuidadoras e a de pessoas que necessitam de cuidados. Essa maior vulnerabilidade é reflexo de sua posição desigual ao longo da vida e da exploração de seu trabalho, sendo as mais pobres as mais afetadas. O trabalho de reprodução social das mulheres não se encerra na velhice; elas continuam exercendo o trabalho doméstico não remunerado, são cuidadoras de outros idosos, doentes, crianças e adolescentes e, frequentemente, sua renda é fundamental às famílias brasileiras. Essa dinâmica intergeracional pode deixar a idosa cuidadora em desvantagem ao necessitar de ajuda para suas próprias atividades cotidianas e a sobrecarga imposta pode ter sérias repercussões na sua saúde física e psicológica (Rabelo, 2022).

Diante desse cenário, o cuidado emerge como um problema público que exige a reorganização e o compartilhamento da responsabilidade social entre o Estado, as famílias, o setor privado e a comunidade. A Política Nacional de Cuidados no Brasil, em fase de construção, busca reconhecer o cuidado como um direito humano universal – o direito de cuidar, ser cuidado e praticar o autocuidado – e como um bem público que gera valor social e econômico (Ministério da Saúde, 2023).

Os princípios que norteiam essa política incluem o universalismo progressivo e sensível às diferenças, visando garantir o acesso equitativo ao cuidado, especialmente para grupos mais vulneráveis, como mulheres negras e indígenas, pessoas com deficiência e pessoas idosas mais longevas. A política preconiza a corresponsabilidade social e de gênero, a valorização do trabalho de quem cuida (seja remunerado ou não), o respeito à dignidade e aos direitos humanos, a não discriminação, a promoção da autonomia e o reconhecimento da interdependência. Além disso, enfatiza a simultaneidade na oferta

de serviços para quem cuida e para quem é cuidado, a integridade do cuidado e a importância da intersetorialidade e interculturalidade nas ações (Ministério da Saúde, 2023).

No Brasil, apesar da ausência de uma política nacional integrada de cuidados, algumas iniciativas locais e setoriais já demonstram o potencial de um sistema mais estruturado. O Sistema Único de Saúde (SUS) e o Sistema Único de Assistência Social (SUAS) são fundamentais, com a Atenção Primária à Saúde (APS) desempenhando um papel crucial na identificação e no acompanhamento de idosos dependentes e seus cuidadores. Exemplos como o Programa Maior Cuidado (PMC), em Belo Horizonte, e o Programa Acompanhante de Idosos (PAI), em São Paulo, ilustram a articulação entre assistência social e saúde, oferecendo cuidadores formais, apoio multifacetado e alívio da sobrecarga familiar (Prefeitura de São Paulo, 2025; Vera; Oliveira, 2018).

Ainda que existam desafios como a informalidade e a desvalorização dos cuidadores formais, a expansão de programas de apoio, a capacitação de profissionais como os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e a garantia de direitos trabalhistas e previdenciários para os trabalhadores do cuidado são passos essenciais. A legislação, como o Estatuto da Pessoa Idosa, já estabelece direitos fundamentais, incluindo o acesso à saúde, alimentação, moradia e transporte, mas a efetivação desses direitos requer um compromisso contínuo com a implementação de políticas que apoiem as famílias e, em especial, as mulheres cuidadoras (MDS, 2023).

Cuidadoras familiares 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 idosos(as) 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).

Nesse contexto, a literatura indica o familismo como um valor cultural central, sobretudo em sociedades latino-americanas e hispânicas, que reforça a responsabilidade da família no cuidado às pessoas idosas, frequentemente em detrimento da utilização de serviços formais (Flores *et al.*, 2009). Trata-se de um construto multidimensional que envolve apego, lealdade, reciprocidade, obrigação filial, apoio instrumental e emocional, além da solidariedade entre membros da família (Sabogal *et al.*, 1987).

Sua influência sobre o bem-estar dos cuidadores pode ser contraditória, pois atua como fator de proteção ao fortalecer vínculos e atribuir sentido ao cuidado, mas também como fator de risco quando associado à sobrecarga, à culpa e ao isolamento em contextos de alta demanda e pouco suporte (Falcão, 2020). Dessa forma, compreender o familismo como fenômeno complexo exige reconhecer que seus efeitos estão intrinsecamente ligados à qualidade das relações familiares, à disponibilidade de apoio social e à existência de políticas públicas capazes de aliviar a sobrecarga (Pinquart, Sörensen; Song, 2018).

O Guia de Cuidados para a Pessoa Idosa (Brasil, 2023b) reconhece o impacto da sobrecarga de cuidadores, abordando o estresse, o luto e as dificuldades relacionais. Essa sobrecarga pode levar a diversos problemas de saúde para os cuidadores, afetando diretamente a qualidade do cuidado oferecido. A(O) psicóloga(o), nesse cenário, atua na prevenção e intervenção, oferecendo apoio a esses indivíduos e abordando questões como a sobrecarga, o estresse, o luto e as dificuldades relacionais. Ele fornece psicoeducação, estratégias de manejo de comportamentos desafiadores e suporte

emocional, contribuindo para a sustentabilidade do cuidado domiciliar e a melhoria do ambiente familiar (Brasil, 2023).

Assim, reforça-se que o cuidado exige mais que amor, exige política pública. Isso implica não apenas a provisão de serviços e recursos, mas também no reconhecimento do cuidado como um trabalho essencial e um direito humano, promovendo a qualidade de vida tanto para as pessoas idosas quanto para aqueles que dedicam suas vidas a cuidar. O desafio reside em construir um sistema de cuidados que transcenda a esfera privada e se torne uma prioridade na agenda pública, garantindo que o envelhecimento seja uma jornada com apoio e respeito para todos.

Avaliação multidimensional

Saber realizar uma avaliação multidimensional das pessoas idosas é importante, 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.

A avaliação multidimensional da pessoa idosa é um esforço coletivo, que exige o comprometimento e a colaboração ética de todos os profissionais de saúde. A atuação integrada no cuidado à pessoa idosa exige clareza sobre as atribuições de cada área e um compromisso mútuo com o encaminhamento adequado. A sinergia entre os diversos saberes e a adesão às normativas profissionais permitem que a avaliação multidimensional transcenda a mera identificação de problemas, transformando-se em um poderoso mecanismo para a promoção da qualidade de vida e dignidade na velhice, com a psicologia oferecendo sua contribuição especializada e indispensável.

No contexto da avaliação multidimensional da pessoa idosa, os instrumentos que podem ser aplicados por qualquer profissional de saúde devem ser empregados como **ferramentas de rastreamento ou triagem**. Seu objetivo é identificar sinais de alerta para possíveis problemas de saúde que necessitem de uma avaliação mais aprofundada por um especialista.

Deve-se observar os limites da atuação, no qual profissionais de outras áreas devem utilizar esses instrumentos para coletar informações relevantes à sua própria prática e ao plano de cuidados integral da pessoa idosa, sem, contudo, emitir diagnósticos psicológicos ou realizar intervenções terapêuticas que são de competência exclusiva da(o) psicóloga(o). O objetivo é a identificação de necessidades e a coordenação do cuidado, não a realização de uma avaliação psicológica aprofundada.

A Resolução nº 31, de 15 de dezembro de 2022, do Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2022), estabelece as diretrizes para a realização da Avaliação Psicológica no exercício profissional da psicóloga. Para realizar essa avaliação, o psicólogo deve basear sua decisão, obrigatoriamente, em métodos, técnicas e instrumentos psicológicos reconhecidos cientificamente para uso na prática profissional da psicóloga e do psicólogo (Art. 2º). As fontes fundamentais

de informação incluem, de forma prioritária, os testes psicológicos aprovados pelo CFP para uso profissional (Art. 3º, I).

É fundamental compreender que o uso profissional dos testes psicológicos é privativo da psicóloga e do psicólogo (Art. 8º). A utilização de testes psicológicos com parecer desfavorável do SATEPSI (Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos) ou que constem na lista de “Testes Psicológicos Não Avaliados”, será considerada falta ética (Art. 12). Isso sublinha a seriedade e a especificidade da formação e da regulamentação para o uso dessas ferramentas.

A interpretação dos resultados, especialmente nas dimensões de humor e cognição, deve ser feita com cautela e sempre contextualizada. O profissional deve estar ciente de que não está aplicando um “teste psicológico” no sentido da regulamentação do CFP, mas sim uma ferramenta de saúde geral que inclui aspectos biopsicossociais. Ao identificar indícios de questões psicológicas que demandem intervenção especializada – como transtornos de humor (depressão grave, ansiedade), demências, ou sofrimento psíquico significativo –, o profissional deve encaminhar a pessoa idosa a um psicólogo.

Esse encaminhamento não é um simples “passar o problema”, mas uma ação de corresponsabilidade para garantir que o paciente receba o cuidado mais adequado à sua necessidade. Psicólogos podem recorrer a procedimentos e recursos auxiliares (fontes complementares de informação), incluindo “documentos técnicos, tais como protocolos ou relatórios de equipes multiprofissionais”. Isso significa que as informações coletadas por outros profissionais são valiosas e complementares à avaliação psicológica, mas não a substituem.

O Quadro 3 sintetiza instrumentos amplamente reconhecidos e validados para a população idosa brasileira, a serem utilizados de acordo com os contextos e necessidades profissionais. São instrumentos de uso não privativo do psicólogo. Caso haja dúvidas se um instrumento que se pretende utilizar se enquadra como “teste psicológico” (privativo do psicólogo) ou como “instrumento não

privativo", deve encaminhar essa questão ao Conselho Regional de Psicologia de sua jurisdição.

Quadro 3 – Exemplos de instrumentos para avaliação multidimensional da pessoa idosa¹⁶

Domínio	Componentes	Exemplos de Instrumentos de Avaliação
Capacidade Funcional	• Atividades Básicas • Atividades Instrumentais • Vulnerabilidade funcional	• Índice de Katz. • Escala de Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD-Lawton e Brody). • Instrumento de Identificação do Idoso Vulnerável (Vulnerable Elders Survey) (VES-13). • Índice de Vulnerabilidade Clínico-Funcional (IVCF-20).
Status Cognitivo Geral	• Rastreo • Avaliação por heterorrelato	• Mini-exame do Estado Mental (MEEM). • Montreal Cognitive Assessment (MoCa) • Bateria Breve de Rastreo Cognitivo (BBRC). • Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly - versão brasileira (IQCODE-BR). • Questionário de atividades funcionais de Pfeffer.

16 A relação completa dos testes psicológicos reconhecidos e aprovados pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) encontra-se no Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI): <https://satepsi.cfp.org.br>.

Domínio	Componentes	Exemplos de Instrumentos de Avaliação
Redes sociais de apoio	• Redes sociais • Apoio social • Solidão	• Mapa Mínimo de Relações da Pessoa Idosa. • Diagrama de Escolta. • Medical Outcomes Study - Social Support Scale. • Social and Emotional Loneliness Scale for Adults (SELSA). • Escala de Solidão da UCLA - Versão 3.
Relações familiares	• Funcionalidade familiar • Avaliação da(o) cuidadora(or)	• APGAR familiar. • Sobrecarga do cuidador (Escala de Zarit). • Questionário de culpa do cuidador (Caregiver Guilt Questionnaire, CGQ).
Humor	• Sintomas depressivos • Sintomas de ansiedade	• Escala de Depressão Geriátrica- Geriatric Depression Scale 15 (GDS-15). • Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D). • Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D). • Escala de Ansiedade Geriátrica- Geriatric Anxiety Inventory (GAI). • Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21) - Short Form.
Violência		• Cartilhas e outros links de interesse: • Rede Nacional de Proteção e Defesa da Pessoa Idosa RENADI; • Sistema de Informação de Agravos de Notificação do Ministério da Saúde (SINAN-MS) Ficha de notificação de violência para profissionais de saúde (SINAN - MS, 2015); • Vigilância de Violência e Acidentes (VIVA) Viva: instrutivo de preenchimento para notificação de violência interpessoal e autoprovocada.

Ferramentas e Práticas

Uma das principais ferramentas da(o) psicóloga(o) no SUS é a **Avaliação Multidimensional da Pessoa Idosa**, conforme já detalhado. A partir dessa avaliação abrangente, a(o) psicóloga(o) contribui para a elaboração do **Projeto Terapêutico Singular** (PTS). O PTS é um conjunto de propostas para condutas terapêuticas articuladas 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). Nesse processo, a(o) psicóloga(o) pode desempenhar papel essencial, colaborando de forma integral e resolutiva para a elaboração e o acompanhamento do PTS. Para tanto, é imprescindível que esse profissional, assim como os demais da equipe interdisciplinar, possua conhecimentos em gerontologia e Psicogerontologia, de modo a identificar fatores de risco à fragilização emocional e funcional, bem como a reconhecer possibilidades de cuidado que promovam autonomia, bem-estar e qualidade de vida.

As equipes *eMulti*, 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 e 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 compartilhados, intervenções específicas com os usuários e/ou famílias, ações comuns nos territórios adstritos. As equipes *eMulti* também se utilizam de ferramentas clínicas, como o PTS e a Clínica Ampliada.

No que se refere ao 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, ressalta-se o **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 responsabilização 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).

A atenção psicossocial à pessoa idosa implica em fortalecer a articulação da RAPS, capacitar os profissionais para o acolhimento e a escuta qualificada, eliminar barreiras de acesso e infraestrutura,

e promover ativamente ações preventivas e de promoção da saúde, que valorizem a autonomia e a participação social do idoso. Somente assim será possível garantir que essa população, muitas vezes “invisível” no espaço do cuidado, receba a atenção integral, respeitosa e qualificada que suas complexas necessidades exigem.

A abordagem multidimensional assume um papel central na qualificação da atenção psicossocial. A identificação precoce de transtornos mentais comuns e de riscos como o declínio cognitivo, por meio de avaliações multidimensionais, permite intervenções mais oportunas e eficazes (Souza *et al.*, 2022). Ao considerar a interconexão dessas dimensões, a atenção psicossocial pode desenvolver um Plano Terapêutico Singular (PTS) que se adapte às necessidades específicas de cada usuário (Alves, 2015), promovendo a autonomia.

O **conhecimento aprofundado do território** é também uma ferramenta indispensável para contextualizar as intervenções, identificando potencialidades e vulnerabilidades locais (Ministério da Saúde, 2018a). Finalmente, a capacidade de **registro e análise de informações**, por meio de prontuários e diários de campo, permite a sistematização, monitoramento e avaliação contínua do trabalho, assegurando a transparência e o aprimoramento das intervenções direcionadas aos idosos no SUS (Sobral; Silva, 2022). Em suma, a atuação do psicólogo com pessoas idosas no SUS se caracteriza por um compromisso social que busca a promoção da saúde e da cidadania, através de uma prática crítica, integrada e interdisciplinar.

No âmbito do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), a atuação do psicólogo se desdobra em um complexo tecido de saberes e práticas que visam a promoção da autonomia, a garantia de direitos e a transformação das realidades de vulnerabilidade social. Essa atuação, junto a pessoas idosas, exige uma abordagem interseccional e crítica. Longe de uma abordagem puramente clínica ou individualizante, as ferramentas do psicólogo no SUAS são profun-

damente enraizadas na perspectiva ética e política de um fazer que busca a emancipação dos sujeitos e a coletivização das demandas.

Uma das principais ferramentas reside na própria concepção do Trabalho Social com Famílias (TSF), que, conforme explicitado nas orientações do PAIF, compreende um conjunto de procedimentos pautados em pressupostos éticos, conhecimento teórico-metodológico e técnico-operativo (Brasil, 2012b). Essa base é complementada pela adoção de abordagens metodológicas específicas, como a pesquisa-ação e a pedagogia problematizadora, que estimulam a reflexão crítica, a problematização das situações vividas e a construção conjunta de soluções, negando a passividade e o fatalismo (Brasil, 2012b).

A educação popular emerge como uma ferramenta metodológica, que valoriza o conhecimento e a história das comunidades, combatendo a desigualdade e organizando os coletivos para a luta por seus direitos, o que se mostra particularmente relevante para a valorização dos saberes e experiências das pessoas idosas (Silva, Ferreira; Sardinha, 2023).

As ações práticas que materializam esse trabalho incluem a **Acolhida**, que se configura como o contato inicial e um momento crucial de escuta qualificada das necessidades e demandas das famílias, incluindo aquelas que envolvem a pessoa idosa (Brasil, 2012b; Governo do Estado de Minas Gerais; Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social; Subsecretaria de Assistência Social, 2023).

A acolhida, seja particularizada ou em grupo, é o ponto de partida para a construção do vínculo e da confiança, elementos indispensáveis para a continuidade do atendimento e essenciais para estabelecer uma relação de suporte com a pessoa idosa, frequentemente enfrentando situações de isolamento ou vulnerabilidade (Brasil, 2012b; Governo do Estado de Minas Gerais; Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social; Subsecretaria de Assistência Social, 2023).

As **oficinas com famílias** e as **ações comunitárias** são espaços coletivos onde se promove a reflexão, a discussão de temas de interesse, a mobilização social e o protagonismo da comunidade. Para as pessoas idosas, esses espaços são cruciais para o fomento do convívio intergeracional, o combate ao isolamento e a promoção de um envelhecimento ativo. A(O) psicóloga(o), nesses contextos, auxilia na problematização das experiências e na identificação de alternativas, fortalecendo os laços comunitários e o papel social dessa população (Brasil, 2012b).

O **Plano de Acompanhamento Familiar (PAF)** é a principal ferramenta de planejamento e avaliação utilizada no atendimento à pessoa idosa no âmbito do SUAS, tanto na Proteção Social Básica (PSB) quanto na Proteção Social Especial de Média Complexidade (PSE/MC). Este é um instrumento técnico de planejamento, execução, acompanhamento e avaliação essencial para as intervenções contínuas, sendo construído de forma conjunta com as famílias e seus membros idosos, visando a superação gradual das vulnerabilidades específicas vivenciadas por essa população (Governo do Estado de Minas Gerais; Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social; Subsecretaria de Assistência Social, 2023). Complementarmente, os **Encaminhamentos** são ferramentas vitais para garantir o acesso a outros serviços e benefícios socioassistenciais ou de outras políticas setoriais, como saúde e previdência, promovendo a cidadania da pessoa idosa (Brasil, 2012b).

Embora o Plano Individual de Atendimento (PIA) seja uma ferramenta utilizada no acompanhamento de crianças e adolescentes em serviços específicos, como o Serviço de Acolhimento Institucional para Crianças e Adolescentes (SAICA) e em Medidas Socioeducativas (MSE) (Teixeira, 2023), o PAF abrange o contexto familiar da pessoa idosa, permitindo uma abordagem integrada. Embora seja mais conhecido na área da saúde, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) também se aplica à assistência social, especialmente em casos complexos

que demandam atenção ampliada e uma abordagem interdisciplinar e intersetorial.

Além das ações diretas, a(o) psicóloga(o) opera com ferramentas transversais que perpassam toda a atuação. O **conhecimento do território**, em suas potencialidades e vulnerabilidades, é fundamental para que as ações sejam contextualizadas e eficazes para as pessoas idosas, considerando as particularidades de seu contexto de vida.

A **prática interdisciplinar e a intersetorialidade** são pilares, exigindo a colaboração com outros profissionais (como assistentes sociais e profissionais de saúde) e a articulação com diferentes políticas públicas (saúde, moradia, cultura), reconhecendo que as situações sociais que afetam a pessoa idosa são complexas e multifacetadas, muitas vezes demandando respostas coordenadas (Governo do Estado de Minas Gerais; Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social; Subsecretaria de Assistência Social, 2023).

A capacidade de **registro de informações**, por meio de prontuários e diários de campo, é também uma ferramenta importante para a sistematização, monitoramento e avaliação do trabalho, permitindo a análise contínua da realidade e o aprimoramento das intervenções direcionadas às pessoas idosas (Brasil, 2012b; Castro, 2023; Silva; Abrantes, 2023). Essa documentação reflete o compromisso com a transparência e a efetividade das ações, contribuindo para uma atenção qualificada e humanizada a esse público no SUAS.

A seguir, são apresentadas as principais ferramentas utilizadas no contexto do SUAS, seguidas das dimensões transversais (Rabelo; Lopes, 2023) que orientam a prática profissional.

Quadro 4 – Ferramentas para o trabalho da(o) psicóloga(o) com pessoas idosas no SUAS

Ferramenta	Descrição	Objetivo	Contexto de Aplicação
Plano de Acompanhamento Familiar (PAF)	Instrumento técnico de planejamento, execução, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas com as famílias	Garantir a continuidade das intervenções e registrar as melhorias obtidas ao longo do processo de acompanhamento familiar	CRAS, CREAS
Mapeamento de Redes de Suporte Social	Identificação dos recursos sociais, familiares e comunitários disponíveis para a pessoa idosa.	Fortalecer a rede de apoio e promover vínculos sociais para reduzir o isolamento.	Visitas domiciliares, atendimentos no CRAS e CREAS.
Escala 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.

Ferramenta	Descrição	Objetivo	Contexto de Aplicação
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 5 – 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 coparticipativa 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 os discursos e as 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 Sistema de Informações do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SISC))	• Registro fiel das situações, intervenções e fluxos realizados. • Subsídio para diagnóstico territorial e planejamento de políticas públicas.

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.

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)”¹⁷, 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, promo-

17 <https://www.who.int/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/final-decade-proposal/decade-proposal-final-apr2020-en.pdf>.

vendo inclusão, equidade, proteção ambiental, prosperidade e a construção de uma cultura de paz.

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.

Iniciativas como o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) são um exemplo de como o trabalho em grupo e a valorização das experiências das pessoas idosas podem fortalecer a identidade, a autonomia emocional e os laços afetivos, rompendo com concepções que limitam seu potencial e reafirmando seu papel ativo na sociedade (Rabelo; Lopes, 2021). Sua principal finalidade é promover a convivência social e o fortalecimento dos laços familiares e comunitários, atuando de forma preventiva para reduzir a incidência de situações de risco social.

Por meio de atividades coletivas e grupais – como oficinas de arte, cultura, lazer, palestras e rodas de conversa – o SCFV estimula a troca de experiências, a participação ativa e o acesso a informações sobre direitos e serviços. Tais intervenções visam não apenas prevenir situações de vulnerabilidade, mas também fomentar um envelhecimento ativo, saudável e digno, contribuindo significativamente para o bem-estar psicossocial dos idosos e para a vitalidade da comunidade. O SCFV é preferencialmente executado em Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), articulando-se diretamente com o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF)

para garantir uma rede de apoio abrangente e integrada (Brasil, 2004; Brasil, 2005).

Destaca-se a importância das atividades de lazer, socialização e participação em redes sociais. Por exemplo, o “Programa Academia da Cidade” é uma política pública para este fim, bem como as ações das Secretarias de Esporte e Lazer. É importante fazer parcerias com os programas desenvolvidos pelos órgãos municipais responsáveis por formular e implementar as políticas públicas relacionadas ao esporte e lazer para encontrar no território atividades supervisionadas por profissionais de educação física e psicólogas. São esses profissionais que fazem parceria com clubes dos territórios que podem ceder espaços para a realização de atividades físicas adaptadas e inclusivas de maneira gratuita, ou outras que tenham o fulcro da saúde e bem-estar e não apenas as de alto rendimento.

Nesse contexto, é possível 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 cidadãs e membros ativos da sociedade. Ainda, 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.

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 negli-

gência 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.

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).

Trabalho domiciliar com pessoas idosas

No contexto do trabalho domiciliar com pessoas idosas, o *Caderno Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas* (Brasil, 2017) oferece orientações que complementam a atuação da(o) psicóloga(o) e da equipe multidisciplinar. O atendimento domiciliar é uma modalidade de cuidado que visa fortalecer a autonomia e a convivência familiar e comunitária.

O domicílio deve ser compreendido não apenas como um local físico, mas como um espaço de vida, relações e privacidade e a entra-

da nesse ambiente exige a construção de vínculos de confiança, com respeito rigoroso à privacidade e ao sigilo das informações da pessoa idosa e de sua família. O caderno orienta que o trabalho domiciliar deve ser planejado e sistemático, com visitas regulares e objetivos claros, definidos a partir de uma avaliação multidimensional que considere as necessidades e potencialidades dessa população. Essa avaliação deve contemplar não apenas as condições de saúde, mas também os aspectos psicossociais, a rede de apoio, a capacidade funcional da pessoa idosa, e as dinâmicas familiares, incluindo a possível sobrecarga de cuidadores.

Além disso, o documento reforça a importância da intersetorialidade, ou seja, da articulação com outros serviços e políticas públicas (como saúde, educação, justiça), para garantir uma atenção integral e efetiva ao idoso e sua família. O domicílio é visto como um “espaço de proteção e cuidado”, e as intervenções devem ser adaptadas às singularidades de cada família, sempre com o foco na promoção da autonomia e no reconhecimento dos direitos da pessoa idosa. O Caderno Proteção Social Básica também destaca a necessidade de identificar e intervir em situações de risco e violação de direitos, acionando a rede de proteção quando necessário.

A questão sobre a inclusão oficial da(o) psicóloga(o) na equipe de atendimento domiciliar é multifacetada e depende do âmbito da política pública em questão (saúde ou assistência social) e da composição específica das equipes. No contexto das Equipes Multiprofissionais de Atenção Domiciliar (EMAD) e Equipes Multiprofissionais de Apoio (EMAP), que compõem o Serviço de Atenção Domiciliar (SAD) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), as normativas, como as Orientações Técnicas para a Implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no SUS (Brasil, 2018), geralmente especificam uma composição mínima.

Tradicionalmente, as EMADs são compostas por profissionais como médico(a), enfermeiro(a), técnico(a) de enfermagem e, por

vezes, fisioterapeuta e assistente social. A(O) psicóloga(o) nem sempre é um membro obrigatório e fixo em todas as EMADs. No entanto, o mesmo documento e o Guia de Cuidados para a Pessoa Idosa (Brasil, 2023b) enfatizam a importância do cuidado integral e da atenção à saúde mental e aos aspectos psicossociais do idoso, o que naturalmente demanda a atuação da psicologia.

Destarte, mesmo que não seja um membro *fixo* de todas as equipes, a(o) psicóloga(o) atua de forma complementar, seja por meio de apoio matricial, de encaminhamentos especializados para serviços de psicologia na rede de saúde (como nos Centros de Atenção Psicossocial - CAPS, ou nas Unidades Básicas de Saúde - UBS), ou por meio de equipes de apoio que podem incluir psicólogos(os).

No âmbito da Proteção Social Básica no Domicílio, sob a égide do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), o cenário é um pouco diferente. O Caderno Proteção Social Básica no Domicílio para Pessoas com Deficiência e Idosas (Brasil, 2017) explicitamente lista a(o) psicóloga(o) como um dos profissionais que podem integrar as equipes que realizam o atendimento domiciliar para pessoas idosas e com deficiência.

Nesse contexto, a atuação da(o) psicóloga(o) se alinha diretamente com o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, a prevenção de isolamento social e a promoção da autonomia, conforme as diretrizes do Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV) e do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF) nos CRAS. O caderno menciona a composição das equipes de referência dos CRAS, que incluem assistentes sociais e psicólogas(os), e que podem atuar no domicílio.

Além disso, a própria orientação do Conselho Federal de Psicologia (CFP, 2016) afirma que o atendimento psicológico domiciliar não é vedado às(aos) profissionais psicólogas(os), desde que haja indicação técnica que o justifique e que sejam observados todos os princípios éticos da profissão, como o sigilo e a qualidade dos

serviços. Isso reforça a legitimidade da atuação da(o) psicóloga(o) nesse espaço, independentemente de sua inclusão formal em todas as equipes multiprofissionais de saúde.

A atuação da(o) psicóloga(o) no trabalho domiciliar, embora fundamental, exige a observância de preceitos éticos e técnicos rigorosos. Apesar de não existirem referências técnicas específicas do Conselho Federal de Psicologia (CFP) exclusivamente para o atendimento psicológico domiciliar à pessoa idosa, o Código de Ética Profissional do Psicólogo e demais normativas da profissão aplicam-se integralmente a essa modalidade de serviço (Conselho Federal de Psicologia, 2005). Assim, alguns aspectos devem ser considerados e avaliados.

Primeiramente, é imprescindível que a(o) psicóloga(o) obtenha o consentimento livre e esclarecido da pessoa idosa como requisito basilar para iniciar e manter o atendimento. Este princípio ético, fundamental para a autonomia do indivíduo, exige que o idoso compreenda o propósito da intervenção, os procedimentos envolvidos, os benefícios e os possíveis riscos. Além disso, é dever do profissional realizar uma avaliação da capacidade de decisão do idoso, registrando-a de forma clara e objetiva. Esta avaliação é vital, pois em contextos de fragilidade ou declínio cognitivo, a capacidade de expressar sua vontade pode estar comprometida.

Em situações em que o pedido de atendimento parte exclusivamente de familiares, sem a anuência expressa da pessoa idosa, a(o) psicóloga(o) deve estabelecer limites claros, investigando a motivação e buscando formas de engajar o idoso, sem forçar uma intervenção não desejada. A prioridade é sempre o respeito à dignidade e à vontade do idoso, mesmo que isso signifique não iniciar ou descontinuar o atendimento.

Adicionalmente, a garantia de sigilo e privacidade no ambiente doméstico constitui um desafio particular. O domicílio, por ser um espaço íntimo e compartilhado, exige da(o) psicóloga(o) atenção

redobrada para assegurar a confidencialidade das informações, protegendo a intimidade do idoso e de sua família. Por fim, a(o) psicóloga(o) tem a responsabilidade ética de realizar encaminhamentos à rede de proteção em casos de suspeita de violação de direitos, como negligência, abandono, violência física, psicológica ou financeira. A avaliação multidimensional, conforme preconizado pelas políticas de saúde, auxilia na identificação de vulnerabilidades e na tomada de decisões éticas e responsáveis.

Para desenvolver um trabalho eficiente considerando os desafios do acompanhamento domiciliar, a articulação interdisciplinar e intersetorial é fundamental. A(O) psicóloga(o) deve integrar-se às equipes de saúde e assistência social, utilizando ferramentas como o Projeto Terapêutico Singular (PTS) para planejar intervenções que considerem as necessidades e desejos da pessoa idosa.

A regularidade e o planejamento das visitas, a construção de vínculos de confiança e a capacidade de adaptação às complexidades dos casos, incluindo a multimorbidade, são essenciais para o sucesso do cuidado domiciliar, com a(o) psicóloga(o) atuando como um elemento-chave na promoção de um envelhecimento digno e autônomo. Além disso, momentos de transição, como a institucionalização em uma ILPI, ou perdas significativas (falecimento do cônjuge, amigos) são desafios para pessoas idosas e suas famílias. A(O) psicóloga(o) oferece suporte nesse processo, auxiliando na elaboração do luto e na adaptação a novas realidades.

Atuação em Instituições de Longa Permanência para Pessoas Idosas (ILPI's) e o Direito à moradia das pessoas idosas

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 os(as) idosos(as), pois os vínculos com o ambiente ao redor, familiares e amigos tornam-se fundamentais para o bem-estar.

A preferência pelo envelhecimento no próprio domicílio tem impulsionado o desenvolvimento de modelos de cuidado que ofereçam suporte e segurança sem a necessidade de institucionalização plena. É importante desenvolver e fortalecer alternativas às ILPIs, bem como serviços de caráter preventivo ao abrigoamento, que reforcem a permanência do idoso em seu ambiente familiar e comunitário.

A título de ilustração, os Centros-Dia para Idosos caracterizam-se como serviços de cuidado diurno que oferecem um ambiente seguro e estimulante durante parte do dia, permitindo que o(a) idoso(a) retorne para sua residência no período noturno. Esta modalidade se mostra valiosa por aliviar a sobrecarga de cuidadores familiares, permitindo que trabalhem ou desfrutem de tempo livre, ao mesmo tempo em que a pessoa idosa mantém seus vínculos familiares e comunitários.

Outra modalidade é os Condomínios para Idosos ou Moradias Assistidas. Representam um modelo de moradia adaptado para esse

público, que busca manter a autonomia e a privacidade de seu próprio lar, mas com acesso facilitado a serviços de apoio e segurança. Esses condomínios oferecem infraestrutura acessível, serviços opcionais como lavanderia, alimentação, atividades de lazer e saúde, e, em alguns casos, atendimento de enfermagem ou assistência pessoal sob demanda. A principal vantagem reside na promoção da independência, na socialização facilitada com pares e na segurança, sem a rigidez e a despersonalização que podem, por vezes, ocorrer em ILPIs.

O fortalecimento da rede de apoio social e a oferta de serviços domiciliares também são importantes para postergar ou evitar a institucionalização. A atuação preventiva da APS, incluindo visitas domiciliares, avaliação multidimensional do(a) idoso(a) e do contexto familiar, gestão de doenças crônicas e promoção da saúde, é vital para identificar precocemente fragilidades e intervir antes que a institucionalização se torne a única opção. No âmbito do SUAS, o Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos (SCFV), ofertado nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), desempenha um papel preventivo ao abrigoamento. Ao integrar idosos em atividades grupais e comunitárias, esses serviços reforçam o senso de pertencimento e a capacidade protetiva das famílias e da comunidade.

Entrementes, 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 os(as) idosos(as) 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).

As Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) representam um componente complexo e fundamental no cenário das políticas públicas voltadas ao envelhecimento populacional. Sua emergência é uma resposta direta à crescente demanda por cuidados para idosos, especialmente aqueles cujas condições sociofamiliares não permitem a permanência no ambiente domiciliar (Poltronieri, Souza; Ribeiro, 2019).

No contexto brasileiro, as ILPIs são classificadas no Sistema Único de Assistência Social (SUAS) como serviços de "Proteção Social Especial de Alta Complexidade", cujo propósito é o "acolhimento institucional" para pessoas idosas em situação de vulnerabilidade, abandono ou com vínculos familiares fragilizados (Brasil, 2018). No entanto, a legislação preconiza que o acolhimento em ILPIs deve ser provisório e, "excepcionalmente, de longa permanência", quando esgotadas todas as possibilidades de convívio familiar e autossustento (Brasil, 2018a). Esta prerrogativa sublinha a preferência pela manutenção do idoso em seu meio social e familiar, visando a preservação da autonomia e independência (Brasil, 2023b).

Apesar de seu papel protetivo, a institucionalização pode gerar impactos psicossociais significativos. A transição para uma ILPI frequentemente culmina em uma reconfiguração abrupta da vida da pessoa idosa, com alterações profundas na rotina e nas Atividades de Vida Diária (AVDs). Este processo tem impacto emocional, o que

pode levar ao desenvolvimento de síndromes geriátricas como a depressão (Sobral; Guimarães; Souza, 2018; Brasil, 2023).

Observa-se uma “mortificação do eu”, caracterizada pela padronização do cotidiano e pelo afastamento do mundo externo, que pode ser agravada pela ausência de espaços para a expressão e pela introversão do comportamento (Poltronieri; Souza; Ribeiro, 2019; Santos *et al.*, 2018; Furlan; Alvarez, 2016). Pessoas idosas institucionalizadas podem vivenciar uma vulnerabilidade aumentada, que, por vezes, se traduz na negação de direitos fundamentais, como o respeito à autonomia (Otero, Otero; Yaegashi, 2024). A percepção de abandono, a perda de identidade e a submissão às regras institucionais são sentimentos comuns que acentuam o sofrimento (Sobral; Guimarães; Souza, 2018).

Neste cenário complexo, a(o) psicóloga(o) assume um papel fundamental e multifacetado, atuando em diversas frentes para promover a saúde mental e o bem-estar dos idosos em ILPIs (Magalhães; Lemgruber, 2017): atuação com as pessoas idosas residentes, com as famílias e com a equipe de profissionais da instituição. Nas ILPIs, esse profissional transcende a figura de um provedor de terapia individual, assumindo um papel estratégico na promoção da saúde mental e no fomento da autonomia da pessoa idosa. Sua atuação é vital para humanizar o cuidado, fortalecer laços sociais e familiares e garantir que as instituições de longa permanência sejam, de fato, ambientes que promovam a saúde e a qualidade de vida. A expansão e a valorização da presença e atuação das(os) psicólogas(os) nas ILPIs, mediante políticas públicas que assegurem recursos e reconhecimento, são essenciais para um envelhecimento digno em sociedade.

Atua diretamente com as pessoas idosas, criando um espaço de escuta e interação social (Furlan; Alvarez, 2016). Por exemplo, intervenções terapêuticas, individuais ou em grupo, visam a compreensão do processo de envelhecimento e o fortalecimento da autonomia,

mesmo diante de limitações (Sobral; Guimarães; Souza, 2018; Tolio, 2022). Ocorre o uso de recursos como a fotografia para resgate da imagem e história de vida, ou estratégias para estimular a cognição e a construção de laços afetivos e sociais (Corrêa *et al.*, 2012).

O foco está em combater o isolamento, reafirmar a identidade da pessoa idosa e fomentar um ambiente que estimule a vitalidade (Furlan; Alvarez, 2016). Destaca-se ainda a necessidade da(o) profissional que atua em instituições legitimar as diferentes formas de vínculo que as pessoas idosas possuem, isso inclui não apenas laços familiares tradicionais, mas também amizades, relações com animais de estimação e outros laços afetivos que são significativos para o sujeito. É fundamental respeitar e valorizar esses laços desenvolvidos pelas pessoas idosas, reconhecendo-os como parte integrante de seu bem-estar e saúde mental.

A(O) psicóloga(o) atua como um elo entre a pessoa idosa institucionalizada e sua família, buscando estratégias para manter e fortalecer esses laços e mitigar a sensação de abandono (Sobral; Guimarães; Souza, 2018; Magalhães; Lemgruber, 2017). A atuação se estende à psicoeducação das famílias, auxiliando-as a perceber a pessoa idosa além de suas limitações. Esse profissional também colabora com a equipe multiprofissional para promover um ambiente de cuidado mais humanizado. Isso inclui a capacitação dos profissionais que atuam na ILPI, oferecendo treinamentos para aprimorar habilidades e combater práticas que fomentam a dependência das pessoas idosas em vez de incentivar sua autonomia (Sobral; Guimarães; Souza, 2018; Alves-Silva *et al.*, 2013).

Também, a(o) psicóloga(o) auxilia na identificação de problemas cognitivos e quadros depressivos entre os residentes, orientando para intervenções adequadas e superando o foco exclusivo no modelo curativista (Schmidt; Penna, 2021). A atuação desse profissional, ao integrar as dimensões da saúde mental e do suporte psicossocial, é fundamental para concretizar essa articulação e humanizar o cuidado.

As políticas públicas, como as “Orientações Técnicas para a Implementação de Linha de Cuidado para Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa no SUS”, reconhecem as ILPIs como parte do território de atuação das equipes da Atenção Básica e da Atenção Domiciliar (Brasil, 2018). Essa diretriz implica no monitoramento contínuo da saúde dos idosos nessas instituições e no desenvolvimento de estratégias conjuntas entre SUS e SUAS para garantir a complementaridade intersetorial e o fornecimento de serviços socio sanitários (Brasil, 2018).

Intervenções psicossociais em contextos de crise

As intervenções psicossociais em contextos de crise também são importantes. Pessoas idosas são particularmente vulneráveis, considerando fatores como o estado físico relacionado à idade, condições cognitivas e sensoriais, doenças preexistentes, dependência de apoios para a vida, vivências prévias de sofrimento psíquico, solidão e condições socioeconômicas adversas. Desastres frequentemente intensificam essas vulnerabilidades, provocando múltiplas perdas (entes queridos, animais, bens materiais, moradia, rotinas), o que gera estresse cumulativo.

As recomendações (Cogo *et al.*, 2024) essenciais para a organização de estratégias de cuidado em saúde mental e atenção psicossocial no contexto de desastres e na fase de resposta a eventos extremos incluem a garantia de hidratação e nutrição adequadas, o acesso contínuo a medicamentos e recursos de mobilidade, e a proteção contra violações de direitos, como abuso e negligência, que podem se agravar em situações de desastre. Um ponto de atenção especial é o impacto do afastamento ou perda da moradia, visto que pessoas idosas tendem a ter laços afetivos e identitários mais fortes

com seus lares, e a desestabilização da rotina e do ambiente familiar pode agravar sintomas de confusão ou sofrimento.

Em abrigos provisórios, sugere-se que as pessoas idosas sejam encaminhadas para locais próximos ao seu território de origem, preferencialmente com familiares ou cuidadores, e que se mantenha uma rede de contatos atualizada. É fundamental considerar a história prévia de saúde psicossocial, a rede de apoio e aspectos culturais na escolha do local de inserção, além de assegurar um espaço físico limpo, seguro, acessível e com condições ambientais adequadas.

É importante 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. Pode-se realizar 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 auxiliem 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 ainda os desafios enfrentados por pessoas idosas em áreas rurais, onde desastres podem comprometer atividades agropecuárias, produção de renda e acesso a recursos, amplificando o isolamento e a desigualdade no acesso a suporte. A atenção psicossocial é apresentada como um componente essencial, focando no apoio emocional por meio do reforço de laços familiares e comunitários, incluindo animais de estimação.

Estratégias práticas incluem a organização de atividades recreativas, a promoção de espaços de escuta ativa e rodas de conversa, o fornecimento de informações fidedignas e contínuas sobre a situação do desastre, e o auxílio na preservação da memória. Enfatiza-se a importância de respeitar o luto individual e a autonomia da pessoa idosa, não minimizando seus sentimentos nem forçando o engajamento em propostas. Por fim, alerta-se para a invisibilidade e o aumento do risco de violência contra esse público em desastres, incentivando a denúncia aos órgãos competentes (Cogo *et al.*, 2024).

Atuação no contexto da violência contra pessoas idosas

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. São relevantes as representações sociais sobre a pessoa idosa, como sendo alguém “inútil” e “descartável”, conforme refletido 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; Neri *et al.*, 2023) 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 (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.

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. 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/patrimonial 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 mostraram que o ambiente doméstico é o cenário onde ocorre a maioria das agressões, sendo os filhos quem mais agride (cerca de dois terços dos casos). Mesmo que diferentes autores indiquem diferentes proporções, todos destacam a maior fragilidade das mulheres frente aos maus tratos, principalmente 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 patrimonial (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 que 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 geracional, com pessoas que não estudam e não trabalham, antes observado na população composta por pessoas com idade variando entre 15 e 29 anos, mas que recentemente pode ser verificado entre as idades de 50 a 59 anos.

De acordo com levantamento de dados do painel do Disque 100 da Ouvidoria Nacional de Direitos Humanos, no primeiro semestre de 2024 foram registradas 90.310 denúncias de violência contra pessoas idosas, das quais 27% foram categorizadas como violência patrimonial e financeira. Em 2022 houve o registro de 44 mil denúncias no primeiro semestre, com uma proporção semelhante de 27% de registros para a categoria em questão. Entre as formas de enfrentamento desta realidade, o Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania lançou, em 2023, a “Cartilha de Apoio à Pessoa Idosa: enfrentamento à violência patrimonial e financeira” (Brasil, 2023c).

Identificou-se que esse tipo de violência é frequentemente praticado por familiares, pessoas de confiança da pessoa idosa, instituições, estelionatários e pelo crime organizado. As pessoas de relação próxima das pessoas idosas costumam apropriar-se, destruir ou vender bens destas sem consentimento; privá-las do acesso a suas contas bancárias e cartões magnéticos; trocar suas senhas sem consentimento, assim como utilizar-se de comportamentos manipulativos para dissuadi-las ou convencê-las de realizar atos contra sua vontade. Dentre os golpes aplicados às pessoas mais velhas por parte de empresas e estelionatários, foram registrados: golpes eletrônicos, *bets* (apostas esportivas) e empréstimos consignados (BRASIL, 2023c).

Além disso, a violência patrimonial 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. (Brasil, 1994).

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. (Brasil, 1994).

Independente dos espaços de atuação profissional da(o) psicóloga(o), seja na clínica, em organizações públicas ou privadas, 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 (Brasil, 2003):

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 notificação compulsória constitui um sistema de vigilância epidemiológica do Ministério da Saúde, cujos dados subsidiam a formulação, implementação e avaliação de políticas públicas de enfrentamento à violência. Este mecanismo confere visibilidade estatística ao fenômeno da violência, sem comprometer o sigilo profissional. Trata-se de obrigação legal imposta aos profissionais da área da saúde, incluindo os de psicologia, a fim de produzir indicadores epidemiológicos que fundamentem o aprimoramento de políticas públicas intersetoriais (CFP, 2025).

Em relação ao sigilo profissional, o CFP (2025) ressalta que os registros de violência comunicados pela(o) psicóloga(o) permanecem protegidos, não sendo publicizados individualmente, cabendo ao Estado a responsabilidade pela preservação da confidencialidade das informações. O formulário de notificação compulsória deve ser encaminhado às Secretarias Municipais de Saúde e sua inserção no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) configura ação de vigilância epidemiológica contínua, que viabiliza a caracterização dos padrões de violência em determinada localidade e o estabelecimento de medidas prioritárias, tanto no âmbito da saúde quanto em outros setores.

Importante destacar que o procedimento não se equipara ao registro de ocorrência policial, preservando a autonomia decisória da pessoa em situação de violência. Ao realizar as notificações compulsórias previstas em lei e determinadas pelos órgãos competentes,

a(o) psicóloga(o) pode manter plena observância ao Código de Ética, limitando-se ao fornecimento das informações estritamente necessárias para o registro estabelecido pela Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), em conformidade com o disposto no parágrafo único do artigo 10.

De acordo com o Estatuto da Pessoa Idosa, ao tratar-se de crime, a autoridade policial deverá ser comunicada, podendo-se na mesma situação optar 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 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.

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 da Pessoa Idosa), 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.

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 CFP (2025) se refere aos casos citados pelas autoras acima como situações de comunicação externa, a qual está prevista na Lei nº 13.931, de 10 de dezembro de 2019. Este configura um procedimento obrigatório em casos de identificação de riscos iminentes à integridade física e à vida, impondo aos profissionais de saúde, incluindo

psicólogas(os), o dever de comunicar tais situações à autoridade policial no prazo máximo de 24 horas após o conhecimento do fato.

Importante distinguir este procedimento da notificação compulsória: enquanto esta constitui mecanismo interno de coleta de dados epidemiológicos para subsidiar a elaboração de políticas públicas, a comunicação externa possui caráter preventivo e interventivo, com o propósito de desencadear medidas imediatas de proteção à vítima e responsabilização do autor da violência. No processo decisório acerca da comunicação externa, a(o) psicóloga(o) deve conduzir avaliação criteriosa em conjunto com a pessoa em situação de violência, considerando, como princípio orientador, o respeito à sua autonomia.

A definição da estratégia mais adequada deve contemplar fatores como a garantia da segurança tanto da pessoa atendida quanto da(o) psicóloga(o), bem como as especificidades do contexto territorial, econômico, cultural e a disponibilidade das redes de proteção institucionais nas Políticas Públicas locais. Recomenda-se que a(o) profissional documente detalhadamente o processo decisório, os fatores considerados na avaliação do risco e os encaminhamentos realizados, levando em conta a complexidade ética e técnica envolvida neste procedimento (CFP, 2025).

O Disque Direitos Humanos - Disque 100¹⁸ é um serviço do Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania, 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 ética ou racial; violência contra

18 Serviços e Informações do Brasil: Denunciar violação de direitos humanos (Disque 100).

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.

Qualquer pessoa pode utilizar o serviço para reportar fatos relacionados a violações de direitos humanos, das quais 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 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.

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 para as políticas públicas e para as profissões da saúde, incluindo a Psicologia. Esse rápido aumento da população idosa – em ritmo comparável apenas ao de 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 pessoas idosas tem crescido exponencialmente (Gomes; Vasconcelos; Carvalho, 2021). Pessoas idosas procuram atendimento psicológico por diversos motivos – desde apoio em transtornos depressivos e ansiosos (frequentes na velhice), 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 psicoló-

gicas 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 pessoas idosas, 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 o Brasil que envelhece está despreparado para atender a essa de-

manda 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 2023¹⁹), 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

19 Brasil. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior. Resolução CNE/CES nº 1, de 11 de outubro de 2023. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos de graduação em Psicologia. Brasília, DF. 2023.

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.

Um recurso importante para o enfrentamento desses problemas é oferecer práticas formativas e informativas sobre o envelhecimento (Todaro; Cachioni, 2022). 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, a capacidade de analisar contextos sociais e políticas públicas relacionados a essa população.

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 *idadismo* 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 velhice, 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”. Essas concepções equivocadas não apenas limitam o acesso das pessoas idosas a serviços psicológicos qualificados, como também levam à desvalorização da própria área de atuação junto a essa população, resultando em atendimentos negligenciados ou até em recusa de cuidado.

Mudar esse cenário é imperativo e passa por diferentes frentes de ação. No campo da **formação acadêmica**, é necessário ampliar a presença da gerontologia e da Psicogerontologia nos currículos de graduação e pós-graduação em Psicologia, garantindo que os estudantes tenham contato com teorias do desenvolvimento ao longo da vida, intervenções e reflexões críticas sobre o *idadismo*. Em termos de **educação continuada**, devem ser incentivados cursos de atualização, especializações e capacitações interdisciplinares que preparem os profissionais para lidar com as especificidades clínicas, sociais e culturais do envelhecimento. No âmbito **institucional e político**, recomenda-se a inclusão de diretrizes que orientem a prática psicológica junto às pessoas idosas nos documentos de conselhos profissionais e nas políticas públicas de saúde e assistência social, de modo a assegurar atendimento qualificado e humanizado. Além disso, ações de **sensibilização social** – como campanhas educativas e projetos de extensão universitária – podem contribuir para desconstruir mitos, valorizar a velhice e fomentar uma cultura de

respeito intergeracional (Batistoni, 2009; Falcão; Cachioni; Yassuda, 2009; Lessa, 2021; Neri, 2004; 2006).

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 às pessoas idosas (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 aptas(os) 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 *life-span* (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 (2006) propuseram na teoria do *life-span*, o desenvolvimento na velhice é caracterizado tanto por ganhos quanto por perdas, e envolve alta variabilidade interindividual. Se a(o) psicóloga(o) 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 pessoas idosas, clínicas, hospitais 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 velhice; 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 Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (UFRB), Universidade Federal do Rio Grande (FURG), Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ), Universidade Federal do Delta do Parnaíba (UFDPAr) e Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (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 pessoas idosas, e políticas institucionais que incentivem a formação nesta 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).

Idadismo na desvalorização da área

Conforme já discutido anteriormente, um fator transversal que permeia muitos dos desafios enfrentados é a presença do *idadismo*, que acaba 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 também 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 distorcida, 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 *idadismo*

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. É fundamental debater sobre este-reótipos etários, mitos do envelhecimento e direitos da pessoa idosa na graduação e na pós-graduação.

Pesquisas indicaram que intervenções educacionais – como disciplinas de gerontologia, contato intergeracional, ou mesmo *workshops* temáticos – têm efeito positivo na redução de preconceitos e na melhora de atitudes em relação às pessoas idosas (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 psicoterapias 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 Subseção Campinas do CRP de São Paulo (CRP 06/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 síntese, 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 a pessoa idosa como

cidadã plena e se empenhem em prestar serviços qualificados, contribuindo para “desmistificar a velhice” e promover uma cultura de respeito entre as gerações. A superação do *idadismo* beneficiará não apenas a população idosa – com atendimento mais eficaz –, mas também a própria Psicologia, que se afirmará como profissão 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 publicaram *guidelines* específicas para a prática com pessoas idosas (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 pessoas idosas 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. 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.

A ausência de regulamentações específicas e de políticas nacionais voltadas à valorização da atuação psicológica com pessoas

idosas limita sua visibilidade. No entanto, o crescimento das demandas clínicas, sociais e comunitárias reforça a urgência de consolidar o campo, ampliando espaços de formação, de pesquisa e de inserção profissional.

Reconhecer a Psicogerontologia como especialidade significa não apenas responder às demandas atuais, mas também preparar psicólogas(os) para um futuro em que a população idosa representará parcela cada vez maior da sociedade. Investir no fortalecimento desse campo é, portanto, investir em uma Psicologia mais inclusiva, capaz de promover saúde e bem-estar ao longo de todo o curso da vida.

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.).

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.

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 fundamental, 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 ampla, e essa pluralidade deve ser considerada nas práticas psicossociais, garantindo que as intervenções sejam adequadas às particularidades culturais de cada grupo.

Capacitação e formação continuada: propostas para inclusão do tema nos currículos

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 introduzem 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, 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 Psicogerontologia. 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: instituições e 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 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. Observa-se que 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 também 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 incentivar 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. Outrossim, a articulação entre as DCNs, as proposições da Associação Brasileira de Ensino de Psicologia (ABEP) e as demandas contemporâneas do envelhecimento populacional pode fortalecer a construção de uma Psicologia mais preparada para enfrentar os desafios do século XXI.

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.

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 relacionadas às pessoas idosas (violência, isolamento etc.). Essa maior oferta de postos de trabalho funcionaria como estímulo para que mais psicólogos(os) busquem a formação psicogerontológica, numa relação entre educação e empregabilidade.

Além disso, recomendam-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 psicólogos(os) organizacionais e clínicas(os); projetos de educação ao longo da vida (universidades abertas ao público 60+), ações de combate ao *idatismo* na mídia e nas comunidades, entre outros. Tais programas, ao envolverem psicólogos(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, Fundações de Amparo à Pesquisas (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 pessoas idosas, 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 científica. Além disso, investir na formação de pesquisadores e docentes em Psicogerontologia, favorecerá a sustentabilidade da área a longo prazo.

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 nº 10.741/2003) e com a Política Nacional do Idoso (Lei nº 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 a essa população. Portanto, as recomendações de formação devem dialogar com esses instrumentos – por exemplo, incluir nos currículos conhecimentos sobre legislação, 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 da pessoa idosa poderiam trabalhar em parceria com universidades e CRPs, para mapear demandas regionais e adequar a formação às realidades específicas (há regiões com maior porcentagem desse público).

Entre as novas perspectivas de atuação, destaca-se também o papel das tecnologias digitais e os impactos da exclusão digital sobre a população idosa. A crescente digitalização de serviços públicos e privados tem potencializado a agilidade e a integração das políticas, mas, ao mesmo tempo, expõe desigualdades: muitas pessoas idosas ainda não possuem acesso adequado a dispositivos, conexão de qualidade ou habilidades para o uso das tecnologias. Essa condição pode comprometer o exercício pleno da cidadania, dificultando o acesso a informações, benefícios e direitos básicos.

Nesse cenário, a Psicologia tem a responsabilidade de contribuir, tanto para a avaliação crítica dos efeitos da exclusão digital quanto para o desenvolvimento de estratégias que favoreçam a inclusão, como o incentivo a práticas intergeracionais de letramento digital, a defesa de políticas públicas que garantam alternativas presenciais de atendimento e a participação em iniciativas comunitárias que aproximem as pessoas idosas das tecnologias. Ao reconhecer a inclusão digital como uma questão de equidade e acesso a direitos, amplia-se o escopo de atuação da(o) psicóloga(o), que passa a integrar também esse debate emergente no campo do envelhecimento.

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.

Proposições legislativas em tramitação no Congresso Nacional

A sistematização e difusão do conhecimento sobre a interface entre Psicologia e as políticas públicas, principais objetivos do CREPOP, contemplam não somente as intervenções de psicólogas e psicólogos na execução e gestão em cada campo de trabalho e suas especificidades, mas promovem também contribuições significativas aos espaços de formulação das políticas públicas, vinculados aos três poderes da organização democrática do Estado brasileiro.

De acordo com a Constituição Federal de 1988, o Poder Legislativo Federal é composto pela Câmara dos Deputados e pelo Senado Federal, casas legislativas que compõem o Congresso Nacional. Mesmo com um conjunto de atribuições exclusivas de cada uma delas, ambas compartilham a execução do que chamamos de processo legislativo. É no Congresso Nacional que políticas públicas são pensadas e aprovadas em forma de Lei, cabendo a representantes eleitos pelos estados – deputadas e deputados federais, bem como senadores e senadoras – a tarefa de propor medidas contínuas, que atendam as necessidades de seus territórios e de todo o país.

Este processo é complexo, repleto de disputas e desafios, o que convoca a Psicologia a participar ativamente das discussões

acerca das proposições legislativas em tramitação nos espaços do Poder Legislativo, nos níveis federal, estadual e municipal. Nesse sentido, o acúmulo das referências técnicas produzidas no âmbito do CREPOP oferece subsídio privilegiado ao desenvolvimento das políticas públicas instituídas, bem como à construção de novas políticas capazes de produzir cuidado integral e intersetorial.

Portanto, reunimos neste anexo uma síntese das proposições legislativas atualmente em tramitação no Congresso Nacional, que guardam relação direta com a temática de Pessoas Idosas, cujas discussões podem ser qualificadas a partir da presente referência técnica tanto a nível nacional quanto local.

Quadro 6 – Proposições Legislativas sobre Pessoas Idosas

Identificação	Ementa	Autoria	Órgão
PL 600/2011	Altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que “dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências”, para isentar os idosos de contribuição aos Conselhos e demais entidades de fiscalização profissional.	Augusto Coutinho - DEM/PE.	Câmara dos Deputados.
PL 7350/2017	Tipifica crimes contra a pessoa idosa.	Lúcio Vale - PR/PA, Cristiane Brasil - PTB/RJ, Capitão Augusto - PR/SP e outros.	Câmara dos Deputados.

Identificação	Ementa	Autoria	Órgão
PL 3606/2019	Altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, para garantir o funcionamento, em cada Estado, de pelo menos um serviço especializado de atenção à saúde da pessoa idosa.	Ossesio Silva - PRB/PE.	Câmara dos Deputados.
PL 1257/2021	Altera a Lei 10.741, de 1º de outubro de 2003, para assegurar o acesso a tecnologias para preservação da saúde mental e cognitiva.	Paula Belmonte - CIDADANIA/DF.	Câmara dos Deputados.
PL 1841/2024	Dispõe sobre a alienação parental inversa.	Jonas Donizette - PSB/SP.	Câmara dos Deputados.
PL 3152/2024	Institui o Programa Nacional de Terapia Assistida por Animais (PNTA) para idosos, visando promover a saúde mental e física de idosos por meio da interação terapêutica com animais domésticos, incentivando a integração social e melhorando a qualidade de vida dos idosos.	Marcos Tavares - PDT/RJ.	Câmara dos Deputados.
PL 1806/2024	Cria os centros de bem-estar da pessoa idosa, no âmbito do território nacional.	Marcos Soares - UNIÃO/RJ.	Câmara dos Deputados.

Identificação	Ementa	Autoria	Órgão
PL 1055/2024	Altera a Lei n.º 10.741, de 1º de outubro de 2003 – Estatuto da Pessoa Idosa, para disciplinar a perda do cargo de conselheiro.	Rogéria Santos - REPUBLIC/BA.	Câmara dos Deputados.
PL 3136/2024	Altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, para estabelecer o registro do comparecimento de pessoa idosa à unidade da atenção primária à saúde, a fim de assegurar seu bem-estar.	Marx Beltrão - PP/AL.	Câmara dos Deputados.
PL 2617/2024	Dispõe sobre a criação de medidas de combate ao idadismo e ao etarismo, com mecanismos de proteção e valorização da pessoa idosa, ferramentas de inclusão social, e a promoção de campanhas de conscientização na sociedade, especialmente em instituições de ensino.	Pedro Aihara - PRD/MG.	Câmara dos Deputados.
PL 4466/2024	Estabelece regras de proteção e defesa das pessoas idosas contra jogos de azar.	Luiz Couto - PT/PB, Reimont - PT/RJ e outros.	Câmara dos Deputados.
PL 2168/2025	Institui o Programa Acompanhante da Pessoa Idosa no âmbito do Sistema Único de Saúde	Juliana Cardoso - PT/SP.	Câmara dos Deputados.

Identificação	Ementa	Autoria	Órgão
PL 2138/2025	Dispõe sobre a obrigatoriedade da oferta de atividades de terapia ocupacional em Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs) e dá outras providências.	Nitinho - PSD/SE.	Câmara dos Deputados.
PLS 231/2016	Altera a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a política nacional do idoso, para instituir o Sistema Nacional de Proteção à Pessoa Idosa (SINAPI).	Paulo Paim - PT/RS.	Senado Federal.

Identificação	Ementa	Autoria	Órgão
PL 4801/2023	Altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 (Estatuto da Pessoa Idosa), para conferir à autoridade policial a prerrogativa de requisitar aos serviços públicos de saúde e assistência social a adoção das diligências necessárias à proteção e à defesa da pessoa idosa em situação de risco atual ou iminente, impor às entidades de atendimento a obrigação de comunicar ao Ministério Público e à autoridade policial, para a adoção das medidas cabíveis, a notícia de fato que caracterize situação de risco ou infração penal contra a pessoa idosa, bem como para incluir a autoridade policial no tipo penal de impedimento ou embaraço ao exercício das atividades funcionais, e dá outras providências.	Ciro Nogueira - PP/PI.	Senado Federal.
PL 127/2024	Altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 (Estatuto da Pessoa Idosa), para dispor sobre a criação de programa de saúde mental direcionado à população idosa.	André Janones - AVANTE/MG.	Senado Federal.

Identificação	Ementa	Autoria	Órgão
PL 4586/2024	Altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 (Estatuto da Pessoa Idosa), para dispor sobre medidas protetivas em caso de violência doméstica e familiar contra a pessoa idosa.	Jorge Seif - PL/SC.	Senado Federal.
PL 3411/2024	Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Pessoa Idosa.	Astronauta Marcos Pontes - PL/SP	Senado Federal

Mais informações podem ser consultadas na Plataforma de Mobilização Legislativa da Psicologia, espaço criado com o objetivo de reunir informações e recursos de forma acessível, permitindo um maior conhecimento acerca do processo legislativo, das principais dinâmicas e características da composição atual das duas Casas, de atualizações sobre propostas que impactam a Psicologia brasileira e, principalmente, uma maior participação nas ações de incidência no Congresso Nacional e nos territórios locais – tanto em razão do exercício profissional quanto da prática da cidadania.

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 pessoas idosas 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 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 às pessoas idosas. 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 *idadi-smo* 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.

No geral, este relatório buscou sistematizar diretrizes, fundamentos teóricos e propostas práticas para qualificar a atuação de psicólogas e psicólogos junto às pessoas idosas no contexto das políticas públicas. Ao longo do texto, foram abordadas questões éticas, técnicas e políticas que atravessam o envelhecimento, a diversidade geracional e os desafios contemporâneos do cuidado.

Contudo, reconhece-se que **nem todos os temas relevantes puderam ser esgotados**. A complexidade do envelhecimento, os múltiplos contextos em que vivem as pessoas idosas e a constante transformação das políticas públicas exigem uma abordagem sempre em construção, dialógica e sensível às mudanças sociais, demográficas e culturais.

Além disso, **algumas lacunas persistem**, seja por limitações metodológicas, por escassez de dados atualizados em determinadas áreas, ou pela amplitude dos assuntos envolvidos, que exigiriam outros espaços de aprofundamento. Questões como os impactos das tecnologias digitais sobre as velhices, os desafios interseccionais de grupos sub-representados e os efeitos das mudanças climáticas sobre populações idosas, por exemplo, são temas que merecem maior desenvolvimento em futuras produções.

Assim, este documento **não pretende encerrar o debate**, mas sim contribuir com subsídios técnicos e reflexivos para que a Psicologia atue com compromisso ético-político, fundamentação

teórica e sensibilidade clínica e social. Espera-se que estas referências fortaleçam práticas interprofissionais, intersetoriais e baseadas na escuta qualificada, na promoção de direitos e na valorização da pessoa idosa em sua singularidade.

Este é um ponto de partida e, também, um convite para que profissionais, pesquisadores(as), gestores(as) e a sociedade civil continuem tecendo, de forma colaborativa, os caminhos para uma Psicologia comprometida com o cuidado e a justiça social em todas as idades. 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.

Acesse



**Plataforma de Mobilização
Legislativa da Psicologia:**

[https://site.cfp.org.br/
plataforma-de-mobilizacao-legislativa/](https://site.cfp.org.br/plataforma-de-mobilizacao-legislativa/)

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 maio 2025.

ACIOLE, Danila Cristiny de Araújo Moura; SILVA, Josevânia. Itinerarios terapéuticos y concepciones de personas en sufrimiento psíquico en contextos quilombolas. **Psicologia & Sociedade**, v. 33, p. e229558, 2021.

ACHENBAUM, W. Andrew. **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. Acesso em: 15 ago. 2025

AGLIARDI, Delcio Antônio; AREOSA, Silvia Virginia Coutinho; GRAEFF, Daniela Bertol. O envelhecimento no currículo do Ensino Superior nos cursos de Saúde e Humanidades. **Revista de Educação PUC-Campinas**, v. 25, 2020.

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: 14 ago. 2025.

ALENCAR, Danielle Lopes de; MARQUES, Ana Paula de Oliveira; LEAL, Márcia Carréra Campos; VIEIRA, Júlia de Cássia Miguel. Fatores que interferem na sexualidade de idosos: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, n. 8, p. 3533–3542, 2014.

ALVES, Vanessa Castro. **Para além dos muros do manicômio**: A atenção aos idosos nos Centros de Atenção Psicossocial – CAPS. 2015. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2015.

ALZHEIMER'S ASSOCIATION. Alzheimer's disease facts and figures: special report. Chicago, IL: **Alzheimer's Association**, 2025. Disponível em: <https://www.alz.org/getmedia/ef8f48f9-ad36-48ea-87f9-b-74034635c1e/alzheimers-facts-and-figures.pdf>. Acesso em: 25 ago.25

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 mar. 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**, v. 69, n. 1, p. 34-65, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1037/a0035063>. Acesso em: 13 mar. 2025.

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

ANASTACIO JUNIOR, Mauro Pereira Amoroso; FALCÃO, Deusivania Vieira da Silva; CHUBACI, Rosa Yuka Sato. Musicoterapia, relacionamento conjugal e doença de Alzheimer: estudo de casos múltiplos. **Psicologia em estudo**, v. 30, p. 1-14, 2025.

ARAÚJO, Ludgleydson Fernandes de. Desafios da Gerontologia frente à velhice LGBT: aspectos psicossociais. *In*: FREITAS, Elizabete Viana de; PY, Ligia (Orgs.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 1. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022.

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

ARGENTIERI, M. Austin. *et al.* 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: 14 ago. 2025.

ASSIS, Dayane N. Conceição de. **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. Acesso em: 04 abr. 2025.

AYALON, Liat. There is nothing new under the sun: *Ageism* and inter-generational 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 maio 2025.

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-vieillissement/article/stigma-reduction-interventions-of-dementia-a-scoping-review/CA25D77824AACD1E-D07E4564797962C0>. Acesso em: 20 maio 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 maio 2025.

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. Acesso em: 22 maio 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 maio 2025.

BALTES, Paul B. *et al.* Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. **Successful aging: Perspectives from the behavioral sciences**, v. 1, n. 1, p. 1-34, 1990.

BALTES, Paul B.; LINDENBERGER, Ulman; STAUDINGER, Úrsula 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, Paul. B.; LINDENBERGER, Ulman; STAUDINGER, Úrsula M. Life- Span Theory in Developmental Psychology. In: LERNER, Richard M.; DAMON, William. (Eds.). **Handbook of child psychology: Theoretical models of human development**. 6. ed. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc., 2006. p. 569-664.

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

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

BALTES, Paul B.; STAUDINGER, Ursula M. Wisdom: A metaheuristic (pragmatic) to orchestrate mind and virtue toward excellence. **American Psychologist**, v. 55, n. 1, 122–136, 2022. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/record/2000-13324-012>.

BARCELOS-FERREIRA, Ricardo. Epidemiologia dos transtornos mentais em idosos. In: ALVES, Gilberto Sousa; PERROCO, Tíbor Rilha; SUDO, Felipe Kenji (Orgs.). **Psicogeriatría: diagnóstico e manejo**. Porto Alegre: Artmed, 2022. p. 38-46.

BASTOS, L. A. de L. *et al.* Atenção à pessoa idosa em saúde mental: pesquisa orientada pelo método Análise em Redes do Cotidiano. **Contribuciones a las Ciencias Sociales**, v. 17, n. 10, e11844, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/revconv.17n.10-300>. Acesso em: 21 ago. 2025.

BATISTONI, Samila Sathler Tavares. Contribuições da Psicologia do Envelhecimento para as práticas clínicas com idosos. **Psicologia em Pesquisa**, v. 3, n. 2, p. 13-22, 2009.

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

BENTES, Ana Cláudia Oliveira; PEDROSO, Janari da Silva; FALCÃO, Deusivania Vieira da Silva. Papéis desempenhados por pais idosos e filhos na velhice: revisão integrativa de literatura. **Revista Kairós-Gerontologia**, v. 23, n. 3, p. 321-337, 2020.

BENTO, Cida. **População negra e envelhecimento**: reflexões e memórias. Campanha de Conscientização da Violência contra Pessoa Idosa. São Paulo: SESC, 2025. Acesso em: 20 ago. 2025. Disponível em: <https://www.sescsp.org.br/editorial/populacao-negra-e-envelhecimento-reflexoes-e-memorias/#:~:text=Nas%20sociedades%20africanas%20tradicionais%2C%20o,suas%20pesquisas%20e%20atua%C3%A7%C3%B5es%20profissionais>. Acesso em 26 ago 2025.

BERGER, Mirela. A vida enquanto figura e o envelhecimento enquanto fundo: Desejo, erotismo e sexualidade em mulheres maduras. **Simbiótica**. Ufes, v. único, n. 2, p. 1-38, 2012.

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: 14 ago. 2025.

BIROLI, Flávia. Responsabilidades, cuidado e democracia. **Revista Brasileira de Ciência Política**, v. 18, p. 81-117, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-335220151804>. Acesso em: 14 ago 2025.

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

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

BIRREN, James 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.46.020195.001553>. Acesso em: 22 maio 2025.

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

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

BODNER, Ehud; PALGI, Yuval; WYMAN, Maria 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. Disponível em: https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-319-73820-8_15?utm_source=chatgpt.com. Acesso em 21 out 2025.

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: 14 ago. 2025.

BORTOLOZZI, Flávio; GREMSKI, Waldemiro. Pesquisa e pós-graduação brasileira – assimetrias. **Revista Brasileira de Pós-Graduação**, v. 1, n. 2, p. 35-42, 2004. Disponível em: <https://rbpg.capes.gov.br/rbpg/article/view/39>. Acesso em: 3 set. 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, Andrea *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 dez. 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 maio 2025.

BRANDTSTÄDTER, Jochen. 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. Acesso em: 14 ago. 2025.

BRASIL. **Decreto nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923**. Cria, em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma caixa de aposentadoria e pensões para os respectivos empregados. Lei Eloy Chaves. Brasília, DF: Presidência da República, 1923. Disponível em: <https://www.lexml.gov.br/urn/urn:lex:br:federal:decreto:1923-01-24;4682>. Acesso em: 14 ago. 2025.

BRASIL. **Decreto nº 9.921, de 18 de julho de 2019.** Consolida atos normativos editados pelo Poder Executivo federal que dispõem sobre a temática da pessoa idosa. Brasília, DF: Presidência da República, 2019^a. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/d9921.htm. Acesso em: 14 ago. 2025.

BRASIL. **Decreto nº 10.133, de 26 de novembro de 2019.** Institui o Programa Viver - Envelhecimento Ativo e Saudável. Brasília, DF: Presidência da República, 2019c. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/decreto/d10133.htm. Acesso em: 14 ago. 2025.

BRASIL. Governo do Estado de Minas Gerais, Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social, Subsecretaria de Assistência Social. **Orientações Técnicas sobre Ações do Trabalho Social com Famílias e o Plano de Acompanhamento Familiar (PAF) Aprovado Pela Resolução CIB Nº 04/2023.** Belo Horizonte, MG: Governo do Estado de Minas Gerais, Secretaria de Estado de Desenvolvimento Social, Subsecretaria de Assistência Social, 2023. Disponível em: https://social.mg.gov.br/images/Docs2023/docs_2024/Manual-do-PAF_compressed.pdf. Acesso em: 26 ago. 2028.

BRASIL. **Lei nº 4.119 de 27 de agosto de 1962.** Dispõe sobre os cursos de formação em psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo. Brasília, DF: Presidência da República, 1962. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1950-1969/14119.htm. Acesso em 15 ago. 2025.

BRASIL. **Lei nº 5.766, de 20 de dezembro de 1971.** Cria o Conselho Federal e os Conselhos Regionais de Psicologia. Brasília, DF: Presidência da República, 1971. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1970-1979/lei-5766-20-dezembro-1971-357790-publicacaooriginal-1-pl.html>. Acesso em: 14 ago. 2025.

BRASIL. **Lei nº 6.179 de 11 de dezembro de 1974.** Institui amparo previdenciário para maiores de setenta anos de idade e para inválidos, e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1974. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6179.htm. Acesso em 14 ago. 2025.

BRASIL. **Lei nº 6.259 de 30 de outubro de 1975.** Dispõe sobre a organização das ações de Vigilância Epidemiológica sobre o Programa Nacional de Imunizações, estabelece normas relativas à notificação compulsória de doenças e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 1975. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l6259.htm. Acesso em: 19 ago. 2025.

BRASIL. **Lei nº 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. Acesso em: 15 ago. 2025.

BRASIL. **Lei nº 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. Acesso em: 14 ago. 2025.

BRASIL. **Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003.** Dispõe sobre o estatuto do idoso e dá outras providências. Brasília, DF: Presidência da República, 2003. Disponível em: http://direitodoidoso.braslink.com/05/estatuto_do_idoso.pdf. Acesso em: 14 ago. 2025.

BRASIL. **Lei nº 12.213, de 20 de janeiro de 2010.** Institui o Fundo Nacional do Idoso e autoriza deduzir do imposto de renda devido pelas pessoas físicas e jurídicas as doações efetuadas aos Fundos Municipais, Estaduais e Nacional do Idoso; e altera a Lei nº 9.250, de 26 de dezembro de 1995. Brasília, DF: Presidência da República, 2010. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2010/lei/112213.htm. Acesso em: 14 ago. 2025.

BRASIL. **Lei nº 12.461, de 26 de julho de 2011.** Altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, para estabelecer a notificação compulsória dos atos de violência praticados contra o idoso atendido em serviço de saúde. Brasília, DF: Presidência da República, 2011. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/112461.htm. Acesso em: 19 ago. 2025.

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/113466.htm. Acesso em: 15 ago. 2025.

BRASIL. **Lei nº 13.931, de 10 de dezembro de 2019.** Altera a Lei nº 10.778, de 24 de novembro de 2003, para dispor sobre a notificação compulsória dos casos de suspeita de violência contra a mulher. Brasília, DF: Presidência da República, 2019. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/113931.htm. Acesso em: 26 ago. 2025.

BRASIL. **Lei nº 14.018, de 29 de junho de 2020.** Dispõe sobre a prestação de auxílio financeiro pela União às Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPIs), no exercício de 2020, em razão do enfrentamento da emergência de saúde pública de importância internacional decorrente do coronavírus (Covid-19). Brasília, DF: Presidência da República, 2020. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2020/lei/114018.htm. Acesso em: 14 ago. 2025.

BRASIL. **Lei nº 14.423, de 22 de julho de 2022.** Altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, para substituir, em toda a Lei, as expressões “idoso” e “idosos” pelas expressões “pessoa idosa” e “pessoas idosas”, respectivamente. Brasília, DF: Presidência da República, 2022. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2022/Lei/L14423.htm. Acesso em: 14 ago. 2025.

BRASIL. **Lei nº 14.878, de 4 de junho de 2024.** Institui a Política Nacional de Cuidado Integral às Pessoas com Doença de Alzheimer e Outras Demências; e altera a Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993 (Lei Orgânica da Assistência Social). Brasília, DF: Presidência da República, 2024^a. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2024/lei-14878-4-junho-2024-795713-publicacaooriginal-171959-pl.html>. Acesso em: 14 ago. 2025.

BRASIL. **Lei nº 15.069, de 23 de dezembro de 2024.** Institui a Política Nacional de Cuidados. Brasília, DF: Presidência da República, 2024^b. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2023-2026/2024/lei/L15069.htm. Acesso em: 14 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **eMulti – equipes multiprofissionais na APS.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2025. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saps/acoes-interprofissionais/emulti>. Acesso em: 24 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estudo Longitudinal da Saúde dos Idosos Brasileiros - ELSI Brasil**. LIMA-COSTA, Maria F. (org). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018b. Disponível em: <https://portal.fiocruz.br/noticia/estudo=-aponta-que75--dos-idosos-usam- apenas-o-sus#:~:text=O%20El%2D%20Brasil%20apontou%20que,hospitalizados%20uma%20ou%20mais%20vezes>. Acesso em: 31 mar. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de cuidados para a pessoa idosa**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023b. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_cuidados_pessoa_idosa.pdf. Acesso em: 21 ago. 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, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, 2018a. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_atencao_pessoa_idosa.pdf. Acesso em: 15 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 635, de 22 de maio de 2023**. Institui, define e cria incentivo financeiro federal de implantação, custeio e desempenho para as modalidades de equipes Multiprofissionais na Atenção Primária à Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-635-de-22-de-maio-de-2023-484773799>. Acesso em: 23 maio 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 3.681, de 7 de maio de 2024.** Institui a Política Nacional de Cuidados Paliativos - PNCP no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, por meio da alteração da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2424c. Disponível em: https://bvs-ms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2024/prt3681_22_05_2024.html. Acesso em: 14 ago. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes para o cuidado das pessoas idosas no SUS: proposta de modelo de atenção integral.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. **Relatório nacional sobre a demência: Epidemiologia, (re)conhecimento e projeções futuras [recurso eletrônico]** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Gestão do Cuidado Integral. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_nacional_demencia_brasil.pdf Acesso em: 19 ago. 2025.

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, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_saude_populacoes_campo.pdf. Acesso em: 15 ago. 2025.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. **Política Nacional de Assistência Social- PNAS**. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social, 2004. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/normativas/pnas2004.pdf. Acesso em 26 ago. 2025.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social. **Proteção Básica no Domicílio para pessoas com Deficiência e Idosas**. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social, 2017. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/assistencia_social/caderno_PSB_idoso_pcd_1.pdf. Acesso em: 26 ago. 2025.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB/SUAS**. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2005. Disponível em: https://www.mpba.mp.br/sites/default/files/biblioteca/crianca-e-adolescente/suas/resolucoes/resolucao_cnas_130_2005.pdf. Acesso em: 26 ago. 2025.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. **Orientações técnicas sobre o PAIF: Trabalho Social com Famílias do Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Famílias**. Brasília, DF: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2012. Disponível em: https://www.mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/Orientacoes_PAIF_2.pdf. Acesso em: 26 ago. 2025.

BRASIL. Ministério do Desenvolvimento Social, Família e Combate à fome (MDS). **Marco Conceitual da Política Nacional de Cuidados do Brasil**. Brasília, DF: MDS, 2023. Disponível em: <https://www.gov.br/participamaisbrasil/marco-conceitual-da-politica-nacional-de-cuidados-do-brasil>. Acesso em: 26 ago. 2025.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania. **Cartilha de Apoio à Pessoa Idosa: enfrentamento à violência patrimonial e financeira**. Brasília, DF: Ministério dos Direitos Humanos e Cidadania, 2023c.

BRASIL. Ministério dos Direitos Humanos e da Cidadania. **LGBTQIA+-fobia: a violência motivada pela orientação sexual ou identidade de gênero das pessoas LGBTQIA+**. Brasília: MDHC, 04 out. 2024. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/assuntos/noticias/2024/outubro/lgbtqia-fobia-a-violencia-motivada-pela-orientacao-sexual-ou-identidade-de-genero-das-pessoas-lgbtqia>. Acesso em: 23 set. 2025.

BRASIL. **Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999**. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e determina que os órgãos e entidades do Ministério da Saúde, cujas ações se relacionem com o tema, promovam a elaboração ou a readequação de seus planos, programas, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. Brasília, DF: Presidência da República, 1999. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lis-12881#:~:text=Aprova%20a%20Pol%C3%ADtica%20Nacional%20de,diretrizes%20e%20responsabilidades%20nela%20estabelecidas>. Acesso em: 15 ago. 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/sau-delegis/gm/2006/prt2528_19_10_2006.html. Acesso em: 14 ago. 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. Brasília, DF: Presidência da República, 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2866_02_12_2011.html. Acesso em: 02 jun. 2024.

BRASIL. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008.** Cria os Núcleos de Apoio à Saúde da Família - NASF. Brasília, DF: Presidência da República, 2008. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2008/prt0154_24_01_2008.html. Acesso em: 23/05/2025.

BRASIL. **Projeto de Lei nº 3.646, de 21 de agosto de 2019.** Altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, para atualizar sua denominação para Estatuto da Pessoa Idosa; tendo parecer da Comissão de Defesa dos Direitos da Pessoa Idosa, pela aprovação (relatora: Dep. Lídice da Mata). Brasília, DF: Presidência da República, 2019b. Disponível em: https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostra-integra?codteor=1796056. Acesso em: 15 ago. 2025.

BRASIL. **Projeto de Lei nº 127, de 05 de fevereiro de 2024.** Altera a Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003, que “dispõe sobre o Estatuto da Pessoa Idosa e dá outras providências”, para dispor sobre a criação de um programa de saúde mental voltado à população idosa de baixa renda. Brasília, DF: Presidência da República, 2024. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2417172>. Acesso em: 21 ago. 2025.

BRASIL. Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República. **Manual de enfrentamento à violência contra a pessoa idosa. É possível prevenir. É necessário superar.** Texto de Maria Cecília de Souza Minayo. Brasília, DF: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2014a. Disponível em: <https://www.gov.br/mdh/pt-br/centrais-de-conteudo/pessoa-idosa/manual-de-enfrentamento-a-violencia-contr-a-pessoa-idosa>. Acesso em: 12 ago. 2025

BRASIL. 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.

BRIGANTE, Jaqueline Lara; ZANON, Celeste Jose. Qualidade dos Serviços Psicogerontológicos: relações com as dimensões do modelo SERVQUAL. **Psicologia Argumento**, v. 42, n. 119, 2024.

BÜHLER, Charlotte. The Course of Human Life as a Psychological Problem. **Human Development**, v. 11, n. 3, p. 184–200, 1968. Disponível em: <http://www.jstor.org/stable/26761721>. Acesso em: 15 ago. 2025.

BURKE, Deborah M.; SHAFTO, Meredith A. Language and Aging. In: CRAIK, Fergus I. M.; SALTHOUSE, Timothy. A. (Ed.). **The Handbook of Aging and Cognition**. New York: Psychology Press, 2008. p. 373-443.

BUTLER, Judith. **Vida precária** - os poderes do luto e da violência. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2019.

BUTLER, Robert N. Age-Ism: Another Form of Bigotry. **The Gerontologist**, v. 9, n. 4 part. 1, p. 243–246, 1969. Disponível em: https://academic.oup.com/gerontologist/article-abstract/9/4_Part_1/243/569551?redirectedFrom=fulltext. Acesso em: 17 maio 2025.

CAMACHO, Alessandra Conceição Leite Funchal *et al.* Denúncias de violência ao idoso no período de 2020 a 2023 na perspectiva da bioética. **Revista Caribeña de Ciencias Sociales**, v. 13, n. 3, p. e3780, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.55905/rcssv13n3-019>. Acesso em: 14 ago. 2025.

CAMARANO, Ana Amélia. Os dependentes da renda dos idosos e o coronavírus: órfãos ou novos pobres? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, supl. 2, p. 4169-4176, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320202510.2.30042020>. Acesso em: 07/03/ mar. 2025.

CAMARANO, Ana Amélia; BARBOSA, Pamela. Instituições de Longa Permanência para Idosos no Brasil: do que está se falando? *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. 479-511. Disponível em: <https://repositorio.ipea.gov.br/handle/11058/9146>. Acesso em: 15 ago. 2025.

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>. Disponível em: 15 ago. 2025.

CAMARANO, Ana Amélia; FERNANDES, Daniele. Envelhecimento da População Brasileira: Contribuição Demográfica. *In*: FREITAS, Elizabete Viana de; PY, Ligia. (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. Acesso em: 15 ago. 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: 14 ago. 2025.

CARNEY, Gemma M. Toward a gender politics of aging. **Journal of women & aging**, v. 30, n. 3, p. 242-258, 2018.

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 maio 2025.

CASTRO, V. S. T. A pesquisa participativa como abordagem metodológica do trabalho social com famílias no âmbito do serviço de proteção e atendimento integral à família – **PAIF: um relato de acompanhamento familiar**. In: BRAMBILLA, Beatriz Borges; NOGUEIRA, Gilmaro; JACINTO, Paulo Mateus dos Santos; ROCHA, Renan Vieira de Santana (Eds.). A psicologia no Sistema Único de Assistência Social (SUAS): fundamentos, desafios e horizontes teórico-metodológicos. Simões Filho, BA: Editora Devires, 2023. p. 225–242.

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: 14 ago. 2025.

CEZAR, Alison Maciel *et al.* As perdas e o processo de luto na velhice: Um olhar a partir da psicanálise. **Aletheia**, v. 55, n. 1, p. 192-206, 2022.

CHARIGLIONE, Isabelle Patriciá 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 à 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: 14 ago. 2025.

CHOI, M. Lua; SPRANG, Ginny; ESLINGER, Jéssica G. Grandparents Raising Grandchildren: A Synthetic Review and Theoretical Model for Interventions. **Family & Community Health**, v. 39, n. 2, p. 120–128, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26882415/>. Acesso em: 14 ago 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 maio 2025.

COELHO-JÚNIOR, Hélio José *et al.* Religiosity/spirituality and mental health in older adults: A systematic review and meta-analysis of observational studies. **Frontiers in Medicine**, v. 9, p. 877213, 2022.

COGO, Adriana *et al.* (Orgs.). **Pessoas idosas** (Série Saúde Mental e Atenção Psicossocial em Desastres). Brasília: Ministério da Saúde, 2024.

COLLINS, Patricia Hill; BILGE, Sirma. **Interseccionalidade**. Boitempo Editorial, 2021.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Resolução CFP nº 10/2005**. Código de Ética Profissional do Psicólogo. Brasília, DF: CFP, 2005. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2012/07/codigo-de-etica-psicologia.pdf>. Acesso em: 14 ago. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Seminário Nacional de Envelhecimento e Subjetividade:** desafios para uma cultura de compromisso social. Brasília, DF: CFP, 2008. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/publicacao/publicacao-envelhecimento-e-subjetividade-desafios-para-uma-cultura-de-compromisso-social/>. Acesso em: 14 ago. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). É possível realizar atendimento domiciliar. 2016. Disponível em: https://transparencia.cfp.org.br/wp-content/uploads/sites/8/2019/07/Poss%C3%ADvel_atendimento_domiciliar.pdf. Acesso em: 26 ago. 2025.

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

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Resolução CFP nº 23, de 13 de outubro de 2022.** Institui condições para concessão e registro de psicóloga e psicólogo especialistas; reconhece as especialidades da Psicologia e revoga as Resoluções CFP nº 13, de 14 de setembro de 2007; nº 3, de 5 de fevereiro de 2016; nº 18, de 5 de setembro de 2022. Brasília, DF: CFP, 2019. Disponível em: <https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-do-exercicio-profissional-n-23-2022-institui-condicoes-para-concessao-e-registro-de-psicologa-e-psicologo-especialistas-reconhece-as-especialidades-da-psicologia-e-revoga-as-resolucoes-cfp-no-13-de-14-de-setembro-de-2007-no-3-de-5-de-fevereiro-de-2016-no-18-de-5-de-setembro-de-2019>. Acesso em: 19 ago. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Resolução CFP nº 14, de 07 de julho de 2022.** Institui e regulamenta o Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP) e a Rede CREPOP como espaço de operacionalização das ações do CREPOP. Brasília, DF: CFP, 2022. Disponível em: <https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-administrativa-financeira-n-14-2022-institui-e-regulamenta-o-centro-de-referencia-tecnica-em-psicologia-e-politicas-publicas-crepop-e-a-rede-crepop-como-espaco-de-operacionalizacao-das-acoes-do-crepop>. Acesso em: 14 ago. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Resolução nº 31, de 15 de dezembro de 2022.** Estabelece diretrizes para a realização de Avaliação Psicológica no exercício profissional da psicóloga e do psicólogo, regulamenta o Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos - SATEPSI e revoga a Resolução CFP nº 09/2018. Brasília, DF: CFP, 2022. Disponível em: <https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-do-exercicio-profissional-n-31-2022-estabelece-diretrizes-para-a-realizacao-de-avaliacao-psicologica-no-exercicio-profissional-da-psicologa-e-do-psicologo-regulamenta-o-sistema-de-avaliacao-de-testes-psicologicos-satepsi-e-revoga-a-resolucao-cfp-no-09-2018>. Acesso em: 26 ago. 2025.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). **Nota Técnica nº 25/2025: Atuação profissional da psicóloga com mulheres em situação de violências.** Brasília, DF, CFP, 2025. Disponível em: https://site.cfp.org.br/wp-content/uploads/2025/08/nota_tecnica_violencia_genero.pdf. Acesso em: 26 ago. 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 mar. 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. Acesso em: 17 mar. 2025.

CORRÊA, Jimilly Caputo *et al.* Percepção de idosos sobre o papel do psicólogo em instituições de longa permanência. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 127–136, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbgg/a/wwRGpXHrf-JmR9sTHwN44v4g/?lang=pt>. Acesso em: 26 ago. 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 mar. 2024.

CRUZ, Roberto Moraes. Formação científica e profissional em Psicologia [Editorial]. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 36, n. 1, p. 3-5, 2016.

DEBERT, Guita Grin; SIMÕES, Júlio Assis. A. A aposentadoria e a invenção da terceira idade. *In*: DEBERT, Guita Grin (Org). **Antropologia e Velhice**. São Paulo: IFHC/UNICAMP, 1998.

DEBERT, Guita Grin. **A reinvenção da velhice**: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: EdUSP, 2004.

DIAS, Camila Maria de Souza Brito; SCHULER, Emily. Uma proposta de intervenção psicoeducativa com avós que criam seus netos. *In*: GARCIA, Agnaldo; DIAS-LOVING, Rolando (Orgs.) **Relações familiares**: estudos latino-americanos. p. 30-43. Vitória: UFES, 2013.

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: 15 ago. 2025.

DUARTE, Yeda A. O.; DOMINGUES, Marisa Accioly R. **Família, rede de suporte social e idosos**: instrumentos de avaliação. Editora Blucher, 2020.

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

FALCÃO, Deusivania Vieira da Silva; SALOMÃO, Nádia Maria Ribeiro. O Papel dos Avós na Maternidade Adolescente. **Estudos de Psicologia**, Campinas-SP, v. 22, n. 2, p. 205-212, 2005.

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, Deusivania Vieira da Silva; CACHIONI, Meire; YASSUDA, Mônica Sanches. Contribuições da psicologia à gerontologia: reflexões sobre ensino, pesquisa e extensão. **Revista Kairós**, p. 43-58, 2009.

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 dez. 2024.

FALCÃO, Deusivania Vieira da Silva; BUCHER-MALUSCHKE, Júlia Sursis Nobre Ferro. Os conflitos nas relações familiares de idosos com a doença de Alzheimer: contextos clínico e jurídico. *In*: FALCÃO, Deusivania Vieira da Silva. (Org.). **A família e o idoso:** desafios da contemporaneidade. Campinas: Papirus, 2010.

FALCÃO, Deusivania Vieira da Silva; LOPES, Andrea. A formação e a atuação profissional em Gerontologia no Brasil: atenção à velhice e ao envelhecimento no século XXI. *In*: FALCÃO, Deusivania Vieira da Silva (Org.). **A família e o idoso:** desafios da contemporaneidade. Campinas, SP: Papirus, 2010. p. 233–254.

FALCÃO, Deusivania Vieira da Silva. 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, Deusivania Vieira da Silva; BAPTISTA, Makilim Nunes. Avaliação psicológica de famílias com idosos. *In*: FALCÃO, Deusivania Vieira da Silva (Org.). **A família e o idoso: desafios da contemporaneidade**. Campinas, SP: Papirus, 2016. p. 13-36.

FALCÃO, Deusivania Vieira da Silva; GUTIERREZ, Beatriz Aparecida Ozello. Suicídio de idosos: fatores de risco e possibilidades de prevenção. *In*: FALCÃO, Deusivania Vieira da Silva; ARAÚJO, Ludgleydson Fernandes de; PEDROSO, Janari da Silva. (Orgs.). **Velhices: temas emergentes nos contextos psicossocial e familiar**. Campinas: Alínea, 2016.

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 maio 2025.

FALCÃO, Deusivania Vieira da Silva; CARVALHO, Isalena Santos. Idosos e saúde mental: demandas e desafios. *In*: FALCÃO, Deusivania Vieira da Silva; ARAÚJO, Ludgleydson Fernandes de. (Orgs.). **Idosos e saúde mental**. Campinas: Papirus, 2009/2018. p. 11-32.

FALCÃO, Deusivania Vieira da Silva. Familismo: repercussões nas relações conjugais e familiares de idosos. *Mais 60: Estudos sobre Envelhecimento*, v. 31, n. 77, p. 08-23, 2020.

FALCÃO, Deusivania Vieira da Silva; BUCHER- MALUSCHKE, Júlia Sur-sis Nobre Ferro. Doença de Alzheimer: o impacto no relacionamento entre avós-filhas cuidadoras e netos. *In*: DIAS, Cristina Maria de Souza Brito. (Org.). **Avosidades**: teoria, pesquisa e intervenção. 1. ed. Campinas, SP: Alínea, 2022. v. 1, p. 310-345.

FALCÃO, Deusivania Vieira da Silva; FERREIRA, Heloísa Gonçalves; LIMA, Jeisiane dos Santos. Psicogerontologia no Brasil: formação, pesquisas e práticas (mesa redonda). **Ciência & Profissão**, 2022.

FALCÃO, Deusivania Vieira da Silva; THOMÉ, Thaís Piacitelli; ALMEI-DA, Thiago de. **Casais idosos**: um estudo sobre satisfação conjugal, paixão, intimidade e compromisso. Ano 18, n. 46, dez. 2023, p. 39.

FALCÃO, Deusivania Vieira da Silva; FERREIRA, Heloísa Gonçalves; ARAÚJO, Ludgleydson Fernandes de. Avaliação de aspectos psicoló-gicos da sexualidade em pessoas idosas. *In*: ARGIMON, Irani Irace-ma de Lima; BARROSO, Sabrina Martins; BAPTISTA, Makilim Nunes; CARDOSO, Hugo Ferrari. (Orgs.). **Avaliação psicológica de idosos**. 1. ed. São Paulo: Vozes, 2023. v. 1, p. 70-86.

FALCÃO, Deusivania Vieira da Silva. *et al.* Cuidadores de pessoas idosas com Alzheimer: conhecimentos sobre a doença, sentimentos vivenciados e motivos para cuidar. *In*: GRAEFF, Bibiana; FALCÃO, Deusivania Vieira da Silva; REBUSTINI, Flávio; CACHIONI, Meire; MELO, Ruth Caldeira. (Orgs.). **Gerontologia**: gestão, direitos, processos edu-cativos e saúde. 1 ed. São Paulo: Edições EACH, 2024, v. 1, p. 123-133.

FALCÃO, Deusivania Vieira da Silva; CARVALHO, Cláudia Lopes; FOR-LENZA, Orestes. Vicente. **A conexão entre a síndrome de Down e a doença de Alzheimer**. 1. ed. São Paulo: Manole, 2024. v. 1. 136 p.

FALCÃO, Deusivania Vieira da Silva. **Psicogerontologia no Brasil: aspectos históricos e desafios na formação profissional**. (no prelo).

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

FERREIRA, N. D. C. *et al.* Luto e envelhecimento: um desafio na saúde pública. **Revista Pró-UniverSUS**, v. 9, n. 2, p. 19–24, 2018.

FLORES, Yvette G. *et al.* Beyond familism: a case study of the ethics of care of a Latina caregiver of an elderly parent with dementia. **Health care for women international**, v. 30, n. 12, p. 1.055-1.072, 2009.

FONSECA, Suzana Carielo da; MERCADANTE, Elisabeth Frohlich. 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 maio 2025.

FREITAS, Elizabete Viana de. *et al.* **Tratado de geriatria e gerontologia**. 1. ed. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 2002.

FURLAN, Vinicius; ALVAREZ, Maria Dolores. (Im)Possibilidades no trabalho com grupos de idosos em Instituições de Longa Permanência: uma experiência em Psicologia. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del-Rei, v. 11, n. 2, p. 453–463, 2016. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082016000200014. Acesso em: 26 ago. 2025.

GARCIA, Bruno Nogueira; MOREIRA, Daiana de Jesus; OLIVEIRA, Pedro Renan Santos de. **Saúde mental do idoso na atenção primária: uma análise das percepções de profissionais de saúde**. 2017.

GARCIA, Paola Trindade; REIS, Regimarina Soares. (Orgs.). **Redes de atenção à saúde: Rede de Atenção Psicossocial – RAPS**. São Luís, MA: EDUFMA, 2018.

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 maio 2025.

GOLL, Johanna C. *et al.* Barriers to social participation among lonely older adults: the influence of social fears and identity. **Plos One**, v. 10, n. 2, 2015.

GOMES, Emanuele Aparecida Paciência; VASCONCELOS, Fernanda Gomes; CARVALHO, Josene Ferreira. Psicoterapia com Idosos: Percepção de Profissionais de Psicologia em um Ambulatório do SUS. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 41, p. e224368, 2021.

GRAHAM, Kirsten L.; MOYE, Jennifer. Training in aging as a diversity factor: Education, knowledge, and attitudes among doctoral students in psychology. **Psychology Learning & Teaching**, v. 22, n. 1, p. 39-54, 2023.

GUARIDO, Elza Lauretti. *et al.* **O psicólogo 60+ frente ao trabalho**. Subcomissão de Envelhecimento da Subsede Campinas, CRP-SP, no prelo.

GUIMARÃES, Livia Marília Barbosa; SILVA, Sidney Jard da. I Plano Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional e o Bolsa Família em perspectiva intersetorial. **Serv. Soc. Soc.**, n. 137, p. 74-94, 2020.

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/8n-XmLVfQGhQZVyGBx3XMYH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 ago. 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 maio 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 maio 2025.

HEYWOOD, Wendy *et al.* The impact of experiences of *ageism* on sexual activity and interest in later life. **Ageing & Society**, v. 39, n. 4, p. 795-814, 2019.

HINRICHSEN, Gregory A. *et al.* Building foundational knowledge competencies in professional geropsychology: Council of Professional Geropsychology Training Programs (Co PGTP) recommendations. **Clinical psychology: Science and practice**, v. 25, n. 2, p. e12236, 2018.

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 maio 2025.

HWANG, Ye In. *et al.* Multi-sector stakeholder consensus on tackling the complex health and social needs of the growing population of people leaving prison in older age. **Health & Justice**, v. 12, n. 1, p. 17, 2024.

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: 14 ago. 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 maio 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-desaudef.html?edicao=29270&t=resultados>. Acesso em: 23 maio 2025.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **População do país vai parar de crescer em 2041.** Agência Gov, Brasília, 25 ago. 2024. Disponível em: <https://agenciagov.ebc.com.br/noticias/202408/populacao-do-pais-vai-parar-de-crescer-em-2041>. Acesso em: 31 ago. 2025.

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: 14 ago. 2025.

IULITA, Maria Florencia. *et al.* Association of Alzheimer disease with life expectancy in people with Down syndrome. **JAMA Network Open**, v. 5, n. 5, p. e2212910, 2022.

JACOBS, M. Lindsey; BAMONTI, Patricia M. Clinical practice: A foundational geropsychology knowledge competency. **Clinical Psychology: Science and Practice**, v. 29, n. 1, p. 28, 2022.

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 maio 2025.

JOHNSON Felicity; BINDLEY, Kristin. Minority stress and bereavement: The impact of social positioning on LGBTQ+ bereavement experiences. **Social Science & Medicine**, v. 380, 118186, 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: 14 ago. 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 maio 2025.

KAREL, Michele J. *et al.* Training for geropsychology supervision and practice: Perspectives of geropsychology program graduates. **Training and Education in Professional Psychology**, v. 10, n. 1, p. 37, 2016.

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 maio 2025.

KLEISSNER, Verena; KUBALL, Tim; JAHN, Georg. Challenging *ageism* in psychology education: the role of geropsychology courses among psychology students. **Innovation in Aging**, v. 7, n. Suppl 1, p. 836, 2023.

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 mar. 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 mar. 2025.

KRENAK, Ailton. **A vida não é útil**. São Paulo: Companhia das Letras, 2020.

KRENAK, Ailton. **Futuro Ancestral**. São Paulo: Companhia das Letras, 2022.

KYRILLOS, Gabriela 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/ maio 2025.

LEHNING, Amanda J. Promoting resilience through aging-friendly community initiatives: opportunities and challenges. **Resilience in aging: Concepts, research, and outcomes**, p. 297-314, 2018

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/rbgg/a/fnvLkCgvxkDQwwf6pkq3vnn/?lang=pt>. Acesso em: 04 abr. 2025.

LERNER, Richard M.; BUSCH-ROSSNAGEL, Nancy A. **Individuals as producers of their own development**. A *Life-Span* Perspective. San Francisco: Academic Press, 1981, 1-36.

LESSA, Claudete Regina Magalhães. O envelhecimento na contemporaneidade: o papel do profissional de psicologia em uma sociedade que envelhece. **Revista Longeviver**, 2021.

LEVY, Becca R. 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 mar. 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 maio 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 maio 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=full-text>. Acesso em: 17 maio 2025.

LIMA-SILVA, Thais Bento. **Envelhecimento cerebral e saúde mental na velhice**. Editora Senac São Paulo, 2024.

LOPES, Elisângela Domingues Severo; PAIXÃO, Cassiane de Freitas; SANTOS, Daniela Barsotti. Os cansaços e golpes da vida: os sentidos do envelhecimento e demandas em saúde entre idosos do Quilombo Rincão do Couro, Rio Grande do Sul. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 39, p. 85-100, 2019.

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 maio 2025.

MAGALHÃES, Paula Raquelyne; LEMGRUBER, Karla Priscilla. Atuação do Psicólogo nas Instituições de Longa Permanência para Idosos. **Psicologia e Saúde em Debate**, São Paulo, v. 3, supl. 1, p. 52-53, 2017. Disponível em: <https://psicodebate.dpgpsifpm.com.br/index.php/periodico/article/view/114>. Acesso em: 26 ago. 2025.

MARCELINO, Karla Geovani Silva. *et al.* Fragilidade e rede social entre adultos brasileiros mais velhos: evidências do ELSI-Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 58, p. 51, 2024.

MENDES, Ana Beatriz Stella Marques. *et al.* Fatores associados aos desafios na cobertura e atendimento do Sistema Único de Saúde (SUS) nas Instituições de Longa Permanência para Idosos (ILPI) brasileiras: Desafios na cobertura e atendimento do SUS nas ILPIs. **Kairós-Gerontologia**, v. 27, n. 3, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.61583/kairs.v27i3.74>. Acesso em: 20 maio 2025.

MILES, Walter Richard. Age and human ability. **Psychological Review**, v. 40, n. 2, p. 99, 1933.

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.

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/JyrrBDbJs9T7r46pPrTrXcq/>. Acesso em: 20 maio 2025.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Violência contra a pessoa idosa: o avesso do respeito à experiência e à sabedoria**. 3. ed. Brasília: Secretaria de Direitos Humanos da Presidência da República, 2019.

MINAYO, Maria Cecília de Souza, CORREA, Maria Rodrigues. **Cuidado e Cuidadores**: Estudo situacional sobre idosos dependentes e seus cuidadores familiares. 2020.

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 maio 2025.

MILES, Walter Richard. Age and human ability. **Psychological Review**, v. 40, n. 2, p. 99, 1933.

MONNERAT, Giselle Lavinias; SOUZA, Rosimary Gonçalves de. Da Seguridade Social à intersectorialidade: reflexões sobre a integração das políticas sociais no Brasil. **Revista Katálisis**, v. 14, n. 1, p. 41–49, jan. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-49802011000100005>. Acesso em: 26 ago. 2025.

MORAES, Edgar Nunes de; LOPES, Priscila R. Rabelo. **Manual de avaliação multidimensional da pessoa idosa para a atenção primária à saúde**: Aplicações do IVCF-20 e do ICOPE. Linha de cuidado: saúde da pessoa idosa. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2023.

MORAES, Edgar Nunes de; MORAES, Flávia Lanna de. **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. Guia de orientação para as secretarias estaduais e municipais de saúde. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <https://atencaoprimaria.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091212-nt-saude-do-idoso-planificasus.pdf>. Acesso: 23 maio 2025.

NASCIMENTO, R. G.; CARDOSO, T. S.; SANTOS, M. L.; MAGALHÃES, A. C.; PINTO, R. A. *O conhecimento vem dos rios: as representações sociais do envelhecimento entre idosos ribeirinhos*. In: SOUZA, M. A.; LIMA, J. R. (Orgs.) *Territórios e Saberes Amazônicos: estudos sobre comunidades ribeirinhas e populações tradicionais*. Belém: EDUFPA, 2017. p. 45–62.

NAZARENO, Elias; HERBETTA, Alexandre Ferraz. A pós-graduação brasileira: sua construção assimétrica e algumas tentativas de superação. **Estud. psicol.**, Natal, v. 24, n. 2, p. 103-112, jun. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.22491/1678-4669.20190013>. Acesso em: 03 set. 2025.

NERI, Anita Liberalesso. Contribuições da psicologia ao estudo e à intervenção no campo da velhice. **Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano**, v. 1, n. 1, 2004.

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. (Org.). **Palavras-chave em gerontologia**. 3. ed. Campinas: Alínea, 2008.

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.

NERI, Anita Liberalesso. *et al.* As características de saúde de octogenários recrutados em diferentes contextos evidenciam a heterogeneidade do envelhecimento. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 28, 2023.

NETTO, Matheus Papaléo. O estudo da velhice: histórico, definição do campo e termos básicos. *In*: FREITAS, Elizabete Viana de; PY, Ligia. (Org.). **Tratado de geriatria e gerontologia**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022. p. 247-265.

NICHOLAS, David B. *et al.* Advancing care priorities for health and quality of life among older adults in the autism and/or intellectual disabilities communities: proceedings of an international Think Tank. **BMC Proceedings**. London: BioMed Central, 2025. p. 15.

NORTH, Michael S.; FISKE, Susan T. A prescriptive intergenerational-tension *ageism* scale: succession, identity, and consumption (SIC). **Psychological assessment**, v. 25, n. 3, p. 706, 2013.

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: 14 ago. 2025.

NYBERG, Lars; BÄCKMAN, Lars. Memory changes and the aging brain: A multimodal imaging approach. *In*: SCHAE, K. Warner; WILLIS, Sherry. 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 maio 2025.

O'BRIEN, Brittany. *et al.* Positive and negative religious coping as predictors of distress among minority older adults. **International journal of geriatric psychiatry**, v. 34, n. 1, p. 54-59, 2019.

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: 15 ago. 2025.

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

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Resolução nº 45, de 106 de 14 de dezembro de 1990**. Ejecución del Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento y actividades conexas. Disponível em: <https://docs.un.org/A/RES/45/106>. Acesso em: 14 ago. 2025.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Resolução nº 46, de 16 de dezembro de 1991**. Princípios das Nações Unidas para as Pessoas Idosas. Disponível em: <https://bibliotecadigital.mdh.gov.br/jspui/handle/192/4172>. Acesso em: 14 ago. 2025.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Plano de Ação Internacional de Madrid sobre o Envelhecimento**. Madri: ONU, 2002.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). Departamento de Assuntos Econômicos e Sociais, Divisão de População. **World Population Ageing 2019**. New York: United Nations, 2020. (ST/ESA/SER.A/444). Disponível em: <https://www.un.org/development/desa/pd/content/world-population-ageing-2019>. Acesso em: 31 ago. 2025.

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: 14 ago. 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 mar. 2025.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Envelhecimento ativo: uma política de saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/envelhecimento_ativo.pdf. Acesso em: 22 maio 2025.

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/OPASWBRAFPL20120_por.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 14 ago. 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 mar.2025.

OTERO, Henrique Botelho Sanfelici; OTERO, Cleber Sanfelici; YAE-GASHI, João Gabriel. Institucionalização como política pública e responsabilidade civil preventiva das Instituições de Longa Permanência para pessoas idosas. **Revista Brasileira de Iniciação Científica (RBIC)**, v. 11, e024033, 2024. Disponível em: <https://periodicoscientificos.itp.ifsp.edu.br/index.php/rbic/article/view/1821>. Acesso em: 26 ago. 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 maio 2025.

PEREIRA, Caroline Silva. *et al.* Associação entre faixa etária e avaliação multidimensional da pessoa idosa residente do município de araras/são paulo/brasil. **RIAGE-Revista Ibero-Americana de Gerontologia**, v. 6, p. 195-202, 2024.

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/7FjMbs-MqFWSjpT3BhPr7npb/?lang=pt>. Acesso em: 20 maio 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 maio 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-sus#:~:text=O%20Elsi%2D%20Brasil%20apontou%20que,hospitalizados%20uma%20ou%20mais%20vezes>. Acesso em: 04 abr. 2025.

PENTARIS, Panagiotis; PATLAMAZOGLOU, Lefteris. Bereavement in older age in LGBTIQ adults. **Psychology & Sexuality**, v. 14, n. 4, p. 593–595, 2023.

PINQUART, Martin; SÖRENSEN, Silvia; SONG, Yajun. Older persons care-related preferences. In: BOLL, Thomas; FERRING, Dieter; VALSINER, Jaan. **Cultures of care in aging**. A Volume in Advances in Cultural Psychology. United States of America: Library of Congress Cataloging in Publication Data, 2018. p. 123-148.

POLTRONIERI, Bruno Costa; SOUZA, Edinilsa Ramos de; RIBEIRO, Adalgisa Peixoto. Violência e direito ao cuidado nas políticas públicas sobre instituições de longa permanência para idosos. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 23, e180124, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/SKFVRp7SdmXPVBXY9N5C6Rs/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 26 ago. 2025.

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. **Programa Acompanhante de Idosos**. 30 jan. 2025. Disponível em: https://prefeitura.sp.gov.br/web/saude/w/atencao_basica/346091. Acesso em: 25 ago. 2025.

QUALLS, Sara Honn. Building competencies in professional geropsychology: Guidelines, training model, and strategies for professional development. In: AREÁN, Patricia 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: 15 ago. 2025.

RABELO, Dóris Firmino. Violência e trajetórias de envelhecimento das populações negra, do campo, da floresta e das águas. In: CERQUEIRA-SANTOS, Elder. *et al.* **Gênero, violência e saúde: processos de envelhecimento**. São Paulo: Scortecci, 2020, p. 209-232.

RABELO, Dóris Firmino. Reprodução Social e Vulnerabilidades de Mulheres Idosas Cuidadoras/Cuidadas. In: SALDANHA, Ana Alaíde Werba. *et al.* (Orgs.). **Das vulnerabilidades à promoção da saúde**. Editora da Universidade Estadual da Paraíba, 2022. p. 195-212.

RABELO, Dóris Firmino; FERREIRA, Heloisa. G. Intervenções psicológicas em idosos: Interseccionalidade e Psicoterapia em debate In: FREITAS, Elizabete Viana de; PY, Ligia. (Ed.). **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2022. p. 1297-1302.

RABELO, Dóris Firmino; LOPES, Alessandra de Jesus Santos. Ferramentas para o trabalho da/do psicóloga/o com pessoas idosas no SUAS. In: BRAMBILLIA, Beatriz Borges. *et al.* (Orgs.). **A Psicologia social no Sistema Único de Assistência Social (SUAS): fundamentos, desafios e horizontes teórico-metodológicos**. Devires, 2023, p. 149-170.

RABELO, Dóris Firmino; LOPES, Alessandra de Jesus Santos. Ferramentas para o trabalho das/os psicólogas/os no SUAS: A atuação com pessoas idosas. *In*: BRAMBILLA, Beatriz Borges. *et al.* (Org.). **A psicologia no Sistema Único de Assistência Social (SUAS): Fundamentos, desafios e horizontes teórico-metodológicos**. Editora Dezesseis, 2021. p. 149-170.

RABELO, Dóris Firmino; SANTOS, Naylana Rute da Paixão. Racismo e envelhecimento: invisibilidades, desigualdades e questões de gênero. *In*: CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA (CFP). Comissão de Direitos Humanos do Conselho Federal de Psicologia (Org.). **Psicologia brasileira na luta antirracista: volume 1**. Brasília: CFP, 2022, p. 250-274. Disponível em: <https://site.cfp.org.br/publicacao/psicologia-brasileira-na-luta-antirracista-volume-1/>. Acesso em: 14 ago. 2025.

REIS, Luana Araújo dos. *et al.* Suporte social e longevidade: reflexões acerca das definições, tipos, redes de apoio e implicações. *In*: REIS, Luana Araújo dos; REIS, Luciana Araújo dos. (Org.). **Envelhecimento e longevidade: novas perspectivas e desafios**. Brasília: Technopolitik, 2019. p. 101–128.

RIBEIRO, Pricila Cristina Correa. A psicologia frente aos desafios do envelhecimento populacional. Gerais: **Revista Interinstitucional de Psicologia**, v. 8, n. SPE, p. 269-283, 2015.

ROBERTS, Kailey E. *et al.* A systematic review of treatment options for grieving older adults. **Current Treatment Options in Psychiatry**, v. 6, n. 4, p. 422–449, 2019.

ROBERTS, Cheryl., COOPER, Jennifer., & HOLTSLANDER, Lori. (2019). Interventions for Grief in Older Adults: A Scoping Review. **Clinical Gerontologist**, 42(2), 173–186.

ROSA, Miriam Debieux; BINKOWSKI, Gabriel Inticher; SOUZA, Priscilla Santos de. Tornar-se mulher negra: Uma face pública e coletiva do luto. **Clínica & Cultura**, São Cristóvão, v. 8, n. 1, p. 86-100, jun. 2019.

ROSA, Alice Louise. *et al.* Teatro e pandemia da covid-19: repercussões nas relações sociofamiliares de atores e atrizes idoso(a)s da USP 60+. **Revista Kairós Gerontologia**, v. 23, p. 627, 2020.

SABOGAL, Fabio. *et al.* Hispanic familism and acculturation: what changes and what doesn't? **Hispanic Journal of Behavioral Sciences**, v. 9, n. 4, p. 397-412, 1987.

SANTOS, A. da S. *et al.* Abordagens da psicanálise no atendimento ao idoso: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 6, p. 767-777, 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbagg/a/CFqQpKX65DZsCVbmMDnx8wK/?format=pdf&lang=pt> Acesso em: 26 ago. de 2025.

SANTOS, Iara de França. Atitudes e conhecimentos de idosos sobre intercurso sexual no envelhecimento. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 42, p. e235106, 2022.

SANTOS, Mariana Cristina Lobato. *et al.* Suicídio em idosos: um estudo epidemiológico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 55, p. 1-9, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/wCrn4qXgdB9cgkJYf5jCZXB/?lang=pt>. Acesso em: 20 maio. 2025.

SANTOS, Vanei Pimentel. *et al.* Abordagens à saúde mental da pessoa idosa: Interfaces entre a teoria e a prática. **Brazilian Journal of Health Review**, v. 5, n. 4, p. 14258-14271, 2022.

SCHMIDT, Andréia; PENNA, Raísa Abrantes. Instituições Residenciais Brasileiras para Idosos e Condições Psicológicas e Cognitivas de Residentes. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 41, n. spe4, 2021.

SCORSOLINI-COMIN, Fabio; GRIZÓLIO, Talita Cristina; SANTOS, Manoel Antônio dos. Entre altos e baixos: momentos significativos vivenciados por casais longevos. **Psico**, v. 54, n. 1, p. e39158-e39158, 2023.

SECCO, Carmen Lucia Tindo Ribeiro. As rugas do tempo na ficção. **Cadernos IPUB**, v. 1, n. 10, p. 9-33, 1999.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL (SES-RS). **Projeto Terapêutico Singular na Atenção Primária à Saúde**. Divisão de Atenção Primária à Saúde - Porto Alegre: Secretaria da Saúde do Rio Grande do Sul, 2022. Disponível em: <https://atencaoprimaria.rs.gov.br/upload/arquivos/202206/07101125-pts.pdf>. Acesso em: 23 maio 2025.

SHABANI, Mohammadamin. *et al.* Resilience and spirituality mediate anxiety and life satisfaction in chronically ill older adults. **BMC psychology**, v. 11, n. 1, p. 256, 2023.

SILVA, A. **Determinantes da incapacidade funcional de idosos da cidade de São Paulo na perspectiva étnico-racial**. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.11606/T.6.2017.tde-05072017-100217>. Acesso em: 22 maio 2025.

SILVA, Josevânia da; PICHELLI, Ana Alayde Werba Saldanha; FURTADO, Francisca Marina de Souza Freire. O envelhecimento em cidades rurais e a análise das vulnerabilidades em saúde. *In*: CARVALHO, Cecília Maria Resende Gonçalves de; ARAÚJO, Ludgleydson Fernandes de. (Orgs.). **Envelhecimento e práticas gerontológicas**. Curitiba: CRV, 2017. p. 291-310.

SILVA, Juliana Gomes.; FERREIRA, A. F.; SARDINHA, Sofia Thaise Anaya. Educação popular no SUAS: uma experiência metodológica conduzida pela psicologia. *In*: BRAMBILLA, Beatriz Borges. *et al.* (Eds.). **A psicologia no Sistema Único de Assistência Social (SUAS): fundamentos, desafios e horizontes teórico-metodológicos**. 2023. p. 243-262.

SILVA, Juliana do Nascimento.; ABRANTES, Stallone Pereira. O que faz o psicólogo no SUAS: reflexões em um CREAS em Campina Grande/PB. *In*: BRAMBILLA, Beatriz Borges. *et al.* (Eds.). **A psicologia no Sistema Único de Assistência Social (SUAS): fundamentos, desafios e horizontes teórico-metodológicos**. 2023. p. 315-327.

SILVA, Laize Gabrielle de Castro. *et al.* Associação entre fragilidade física, diabetes mellitus e hipertensão arterial: um estudo da Rede Fibra Brasil. **Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento**, v. 29, 2024.

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 Katálisis**, v. 17, p. 102-110, 2014.

SMITH, Richard J.; LEHNING, Amanda J.; KIM, Kyeongmo. Aging in place in gentrifying neighborhoods: Implications for physical and mental health. **The gerontologist**, v. 58, n. 1, p. 26-35, 2018.

SOARES, Konrad Gutterres; MENEGUEL, Stela Nazareth. O silêncio da sexualidade em idosos dependentes. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 1, p. 129-136, 2021.

SOBRAL, Ana Luiza Oliveira; GUIMARÃES, Augusto de Oliveira; SOUZA, Flávia Feitoza de. A relevância da atuação do psicólogo em Instituição de Longa Permanência para Idoso (ILPI). **Revista Kairós-Gerontologia**, São Paulo, v. 21, n. 4, p. 441-455, 2018. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/45619>. Acesso em: 26 ago. 2025.

SOBRAL, Daniela Lemos Simões; SILVA, Anderson Fernandes da. O papel da psicologia frente às políticas públicas de saúde. **Contemporânea Journal**, v. 2, n. 1, p. 494-508, 2022.

SOUZA, Aline Pereira de. *et al.* Ações de promoção e proteção à saúde mental do idoso na atenção primária à saúde: uma revisão integrativa. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 5, p. 1741-1752, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022275.23112021>. Acesso em: 26 ago. 2025.

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: 14 ago. 2025.

SOUZA, Soraia Pereira; BRONZO, Carla. Os desafios da gestão territorial na proteção básica em uma metrópole. **Serv. Soc. Soc.**, n. 137, p. 54-73, 2020.

STATZ, Tamara L.; KOBAYASHI, Lindsay C.; FINLAY, Jéssica M. 'Losing the illusion of control and predictability of life': Experiences of grief and loss among ageing US adults during the COVID-19 pandemic. **Ageing & Society**, v. 43, n. 12, p. 2821-2844, 2023.

TEIXEIRA, Marluce Lemos. Teixeira. A contribuição da psicologia na atuação junto às crianças e adolescentes no SUAS. *In*: BRAMBILLA, Beatriz Borges. *et al.* (Eds.). **A psicologia no Sistema Único de Assistência Social (SUAS): fundamentos, desafios e horizontes teórico-metodológicos**. 2023. p. 137-148.

TERASSI, Marielli. *et al.* Influência da sobrecarga, estresse e sintomas depressivos na saúde de idosos cuidadores: estudo longitudinal. **Escola Anna Nery**, v. 27, p. e20220437, 2023.

TIBURI, Márcia. **Filosofia Pop. Entrevista com Ailton Krenak**. São Paulo: Sesc TV, 14 nov. 2019. Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=ya7njiqNGsE>. Acesso em: 06 jul. 2024.

TODARO, Monica de Ávila; CACHIONI, Meire. Representações da velhice: uma análise dos desenhos de crianças, antes e depois de uma ação educativa gerontológica. **Horizontes**, v. 40, n. 1, 2022.

TORRE, Fernanda Pereira Vericimo de La; & MARRAS, Cibele Martins de Oliveira. **Vidas negras importam?** o não reconhecimento de lutos por morte de indivíduos negros na sociedade brasileira- um olhar sobre luto e raça no país. [Manuscrito não publicado]. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2022.

TURASSA, Nathaly Gonsalves. *et al.* Análise do processo de luto pela perda do cônjuge na velhice. **Colloquium: Health and Education**, v. 1, n. 2, p. 1-22, 2021.

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 maio 2025.

VERAS, Renato Peixoto; OLIVEIRA, Martha. Envelhecer no Brasil: a construção de um modelo de cuidado. **Ciência & saúde coletiva**, v. 23, p. 1929-1936, 2018.

VERHAEGHEN, Paul. **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 maio 2025.

VIEIRA, Kay Francis Leal; COUTINHO, Maria da Penha de Lima; SA-RAIVA, Evelyn Rúbia de Albuquerque. A sexualidade na velhice: Representações sociais de idosos frequentadores de um grupo de convivência. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 36, n. 1, p. 196–209, 2016.

VIETEN, Cassandra; LUKOFF, David. Spiritual and religious competencies in psychology. **American Psychologist**, v. 77, n. 1, p. 26, 2022.

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 maio 2025.

WANDERLEY, Mariangela Belfiore; MARTINELLI, Maria. Lúcia; PAZ, Rosangela Dias O da. Intersectorialidade nas Políticas Públicas. **Serv. Soc. Soc.**, n. 137, p. 7-13, 2020.

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 maio 2025.

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

WOODHEAD, Erin. *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.

WOODHEAD, Erin L.; YOCHIM, Brian J. Adult development and aging: a foundational geropsychology knowledge competency. **Clinical Psychology: Science and Practice**, v. 29, n. 1, p. 16-27, 2022.

YAMAMOTO, Oswaldo H. Financiamento da pesquisa no Brasil: distorções e desigualdades. **Estud. psicol.**, Natal, v. 5, n. 2, 2000. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2000000200001>. Acesso em: 03 set. 2025.

ZANESCO, Camila. *et al.* Dificuldade funcional entre idosos brasileiros: um estudo baseado na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS – 2013). **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 3, p. 1103-1118, 2020.

ANEXO 1- COMO ESTÃO AS PRODUÇÕES CIENTÍFICAS SOBRE PESSOAS IDOSAS NO CAMPO DA PSICOLOGIA E POLÍTICAS PÚBLICAS

Buscando visualizar como o universo acadêmico da Psicologia tem encaminhado as discussões sobre seus trabalhos com pessoas idosas na intersecção com as políticas públicas, foi realizado um levantamento das produções científicas no campo da Psicologia sobre o tema, fazendo uma revisão sistemática de publicação de artigos²⁰. Sabemos que outros estudos podem estar editados em livros, dissertações, teses, ou meios de comunicação não tomados como acadêmicos. Entretanto, neste momento, esclarecemos que nos restringimos a levantar publicações em artigos científicos²¹.

A busca foi realizada nos dias 2 e 3 de setembro de 2025, na base de dados da Rede Latino-Americana de Periódicos de Psicologia (PePsic). A escolha dessa plataforma deve-se ao seu foco exclusivo em periódicos da área de Psicologia e por ser uma rede coordenada pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP), que a institucionalizou em 2023. Atualmente, o PePsic indexa 115 periódicos, dos quais 83 são correntes.

Os critérios de inclusão dos artigos estão detalhados no quadro abaixo.

20 Este levantamento foi feito por Lorenzo dos Santos Konageski, estagiário de Ciências Sociais do CREPOP/CFP, em setembro de 2025.

21 Incluem-se relatos de experiência e revisões de literatura.

Quadro 7 – Critérios para inclusão de artigos

Critério	Descrição
Tempo	Artigos publicados entre 2015 e 2025
Local do Periódico	Artigos hospedados em periódicos brasileiros
Idioma	Artigos em português
Tema	Artigos com interface em Políticas Públicas

Considerando que a plataforma permite a busca por até três palavras-chave simultaneamente, foram executadas duas estratégias de busca, abrangendo todos os índices (palavras do título, artigo, registro de ensaios clínicos, resumo, assunto e tipo de artigo).

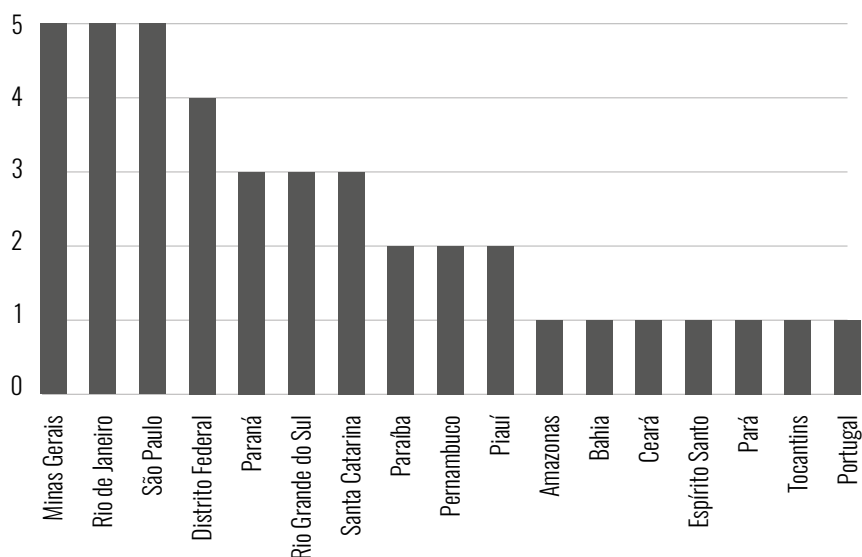
- Primeira Busca: Utilizou-se o descritor “gerontologia”, resultando em 27 artigos. Destes, apenas 1 atendeu aos critérios de inclusão estabelecidos.
- Segunda Busca: Utilizaram-se os descritores “idosa”, “idoso” e “envelhecimento”, com o operador booleano “OR” entre eles, de modo a recuperar artigos que contivessem pelo menos uma das palavras. Essa busca resultou em 442 artigos, dos quais 40 foram incluídos conforme os critérios (1 deles é de autoria com filiação institucional em Portugal).

Ao todo, 41 artigos foram selecionados e podem ser consultados no Anexo 2.

Adicionalmente, procedeu-se à identificação da Unidade da Federação (UF) de origem dos periódicos e dos artigos, esta última determinada a partir da filiação institucional dos autores. Para artigos com autores de múltiplas instituições, adotou-se o seguinte critério: (a) considerou-se a UF de maior frequência entre as afiliações; ou

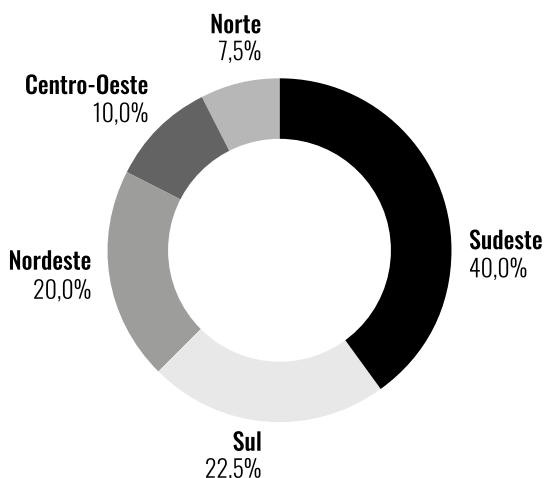
(b) em caso de empate, optou-se pela UF do primeiro autor. Abaixo, pode ser verificado o número de autores por UF.

Gráfico 1 – Distribuição da 1ª autoria, por Unidade da Federação



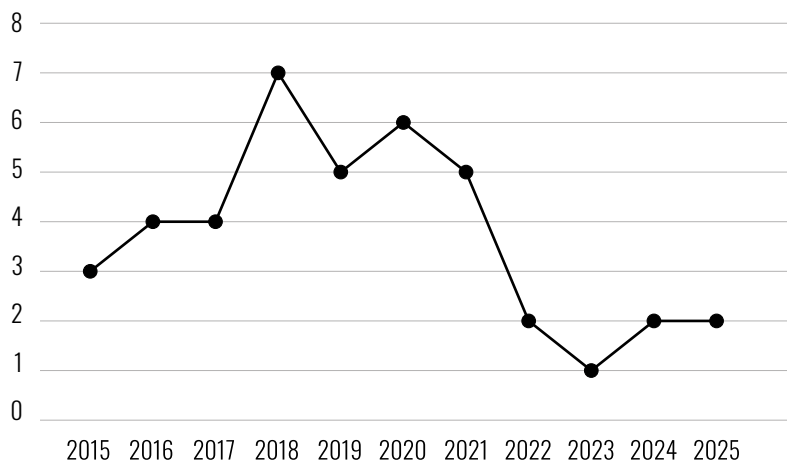
Em linhas gerais, o maior número de artigos está concentrado nos estados do sudeste, em especial, Minas Gerais, Rio de Janeiro e São Paulo. Abaixo, podemos verificar o gráfico com a porcentagem de produção de cada região do país, no qual a região norte figura como região com menor produção. Isso possui raízes em inequidades regionais em relação ao financiamento de pesquisas em Psicologia e, de forma geral, em todas as áreas do conhecimento, conforme demonstra um editorial publicado em 2000, realizado por Oswaldo H. Yamamoto (2000). Outra pesquisa que trata do mesmo assunto é a pesquisa de 2004, realizada por Bortolozzi e Gremski. Outro problema decorre da desigualdade na distribuição dos programas de pós-graduação entre as diferentes regiões do país, conforme demonstrou a pesquisa de Nazareno e Herbetta (2019).

Gráfico 2 – Quantidade de produção científica por região



O gráfico abaixo apresenta a quantidade de produção científica entre os anos de 2015 e 2025.

Gráfico 3 – Quantidade de produção científica por ano



O pico de produções sobre o assunto foi o ano de 2018. Abaixo, podemos verificar os periódicos com mais produções sobre o assunto.

Quadro 8 – Revistas sobre Psicologia que mais publicaram artigos sobre pessoas idosas e políticas públicas

Periódico	Quantidade de Artigos
Revista Psicologia e Saúde	5
Revista Psicologia Organizações e Trabalho	4
Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia	3
Revista Subjetividades	3
Contextos Clínicos	2
Estudos de Psicologia (Natal)	2
Estudos e Pesquisas em Psicologia	2
Estudos Interdisciplinares em Psicologia	2
Pensando famílias	2
Pesquisas e Práticas Psicossociais	2
Revista Brasileira de Orientação Profissional	2
Revista de Psicologia da IMED	2
Revista de Psicologia da UNESP	2

Em suma, percebe-se uma baixa produção, dentro da Psicologia, acerca das pessoas idosas e das políticas públicas. Entre 2015 e 2025, percebe-se uma média de produção de menos de 4 artigos por ano.

ANEXO 2 - TABELA COM TODOS OS ARTIGOS ENCONTRADOS PARA A REVISÃO SISTEMÁTICA

Ano	Autores	Título do Artigo	Periódico	UF do Periódico	UF dos Autores
2015	Pricila Cristina Correa Ribeiro	A psicologia frente aos desafios do envelhecimento populacional	Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia	Minas Gerais	Minas Gerais
DOI/Link: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202015000200009&lng=pt&nrm=isso					
2015	Claudia Lins Cardoso	Os “mutirões da saúde” como ação interdisciplinar de atenção primária à saúde	Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia	Minas Gerais	Minas Gerais
DOI/Link: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202015000200003&lng=pt&nrm=isso					
2015	Stéfani Zanovello Dezan	O Envelhecimento na Contemporaneidade: reflexões sobre o cuidado em uma Instituição de Longa Permanência para Idosos	Revista de Psicologia da UNESP	São Paulo	São Paulo
DOI/Link: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-90442015000200004&lng=pt&nrm=iso					

Ano	Autores	Título do Artigo	Periódico	UF do Periódico	UF dos Autores
2016	Emília Cristina Ferreira de Carvalho; Marcelo de Maio Nascimento	Repercussões de um programa de atenção psicológica sobre a qualidade de vida de idosos praticantes do método Pilates	Estudos e Pesquisas em Psicologia	Rio de Janeiro	Pernambuco
DOI/Link: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812016000200011&lng=pt&nrm=isso					
2016	Marcos Henrique Antunes; Carmen Leontina Ojeda Ocampo Moré	Aposentadoria, saúde do idoso e saúde do trabalhador: revisão integrativa da produção brasileira	Revista Psicologia Organizações e Trabalho	Distrito Federal	Santa Catarina
DOI/Link: https://doi.org/10.17652/rpot/2016.3.681					
2016	Igor Costa Palo Mello	A escuta psicológica ao envelhecimento em Centro de Referência da Assistência Social (CRAS): relato de experiência	Revista de Psicologia da UNESP	São Paulo	São Paulo
DOI/Link: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-90442016000200005&lng=pt&nrm=iso					
2016	Carlos Mendes Rosa; Junia de Vilhena	O silenciamento da velhice: apagamento social e processos de subjetivação	Revista Subjetividades	Ceará	Tocantins
DOI/Link: https://doi.org/10.5020/23590777.16.2.9-19					
2017	Talita Baldin; Paulo Eduardo Viana Vidal	Sobre aquilo que se pode viver aos 80: um estudo de caso acerca da velhice institucionalizada	Pesquisas e Práticas Psicossociais	Minas Gerais	Rio de Janeiro
DOI/Link: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082017000200008&lng=pt&nrm=iso					

Ano	Autores	Título do Artigo	Periódico	UF do Periódico	UF dos Autores
2017	Lucia Helena de Freitas Pinho França; Silvia Miranda Amorim; Andreia Pereira de Souza; Thais Cravo Schuabb	Autobiografia orientada para avaliar vida, carreira e planejar para a aposentadoria	Revista Brasileira de Orientação Profissional	São Paulo	Rio de Janeiro
DOI/Link: https://doi.org/10.26707/1984-7270/2017v18n2p249					
2017	Rosa Cristina Ferreira de Souza; Amábille das Neves Inácio	Entre os muros do abrigo: compreensões do processo de institucionalização em idosos abrigados	Pesquisas e Práticas Psicossociais	Minas Gerais	Santa Catarina
DOI/Link: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-89082017000100015&lng=pt&nrm=iso					
2017	Milena Cristina de Freitas; Tatiane Dornelas Campos; Claudia Aranha Gil	Expectativas e concepções de trabalho na velhice em homens na meia-idade	Estudos Interdisciplinares em Psicologia	Paraná	São Paulo
DOI/Link: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2236-64072017000200004&lng=pt&nrm=iso					
2018	Cristineide Leandro-França; Fábio Iglesias; Sheila Giardini Murta	Futuro e aposentadoria: evidências de validade para uma medida de perspectiva temporal	Revista Psicologia Organizações e Trabalho	Distrito Federal	Distrito Federal
DOI/Link: https://doi.org/10.17652/rpot/2018.2.14246					

Ano	Autores	Título do Artigo	Periódico	UF do Periódico	UF dos Autores
2018	Michele Macedo Da Silva; Virgínia Turra; Isabelle Patrícia Freitas Soares Chariglione	Idoso, depressão e aposentadoria: Uma revisão sistemática da literatura	Revista de Psicologia da IMED	Rio Grande do Sul	Distrito Federal
DOI/Link: https://doi.org/10.18256/2175-5027.2018.v10i2.2858					
2018	Samara Sales de Brito; Patrícia Carvalho Moreira	Revisão integrativa sobre o envelhecimento em Instituições de Longa Permanência: reflexões fenomenológico-existenciais	IGT na Rede	Rio de Janeiro	Piauí
DOI/Link: https://doi.org/10.5281/zenodo.15058385					
2018	Bruna Letícia Sancandi Almeida; Marta Lorentz; Lao Tse Maria Bertoldo	Aspectos Psicossociais do Suicídio em Idosos e Percepções de Sobreviventes	Revista de Psicologia da IMED	Rio Grande do Sul	Rio Grande do Sul
DOI/Link: https://doi.org/10.18256/2175-5027.2018.v10i2.2858					
2018	Jean Von Hohendorff; Aline Pereira Paz; Clarissa Pinto Pizarro de Freitas; Priscila Lawrenz; Luísa Fernanda Habigzang	Caracterização da violência contra idosos a partir de casos notificados por profissionais da saúde	Revista da SPAGESP	São Paulo	Rio Grande do Sul
DOI/Link: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702018000200006&lng=pt&nrm=isso					

Ano	Autores	Título do Artigo	Periódico	UF do Periódico	UF dos Autores
2018	Diogo Arnaldo Corrêa; Carla de Santana Oliveira; Marlise Aparecida Bassani	Ser além dos muros: fenomenologia da liberdade para idosos institucionalizados	Revista da Abordagem Gestáltica	Goiás	São Paulo
DOI/Link: https://doi.org/10.18065/RAG.2018v24n2.5					
2018	Janaína da Silva Gonçalves Fernandes; Márcia Siqueira de Andrade	Análise estrutural do pensamento normativo e contranormativo de conselheiros municipais do idoso sobre a preparação para velhice	Estudos de Psicologia (Natal)	Rio Grande do Norte	São Paulo
DOI/Link: https://doi.org/10.22491/1678-4669.20180016					
2019	Juliana Fernandes-Eloi; Maria Eliara Gomes Lima; Angélica Maria de Sousa Silva	Reinserção de idosos no mercado de trabalho: uma etnografia de tela do filme Um Sr. Estagiário	Pensando famílias	Rio Grande do Sul	Ceará
DOI/Link: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2019000100015&lng=pt&nrm=isso					

Ano	Autores	Título do Artigo	Periódico	UF do Periódico	UF dos Autores
2019	Fabio Scorsolini-Comin; Géssica Aparecida Nunes Rossi; José Humberto Curtíço Junior; Laís Macedo Costa; Lorena Daniela Rodrigues da Silva; Junia Denise Alves-Silva	Adoecimento e aposentadoria: relato de uma experiência profissional em aconselhamento psicológico	Revista Psicologia e Saúde	Mato Grosso do Sul	Minas Gerais
DOI/Link: https://doi.org/10.20435/pssa.v11i2.671					
2019	Fátima Fernandes Catão; Kátia Karolina Rodrigues Rocha	Políticas públicas e direitos humanos por idosos em serviço de convivência	Psicologia em Revista	Minas Gerais	Paraíba
DOI/Link: https://doi.org/10.5752/P.1678-9563.2019v25n2p909-923					
2019	Jenny Gil Sousa	Participação sociocultural, ócio, acessibilidade e envelhecimento ativo no contexto de idosos institucionalizados	Revista Subjetividades	Ceará	Portugal**
DOI/Link: https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v19i2.e9237					
2019	Rosina Forteski Glidden; Claudia Daiana Borges; Adriana Aguiar Pianezzer; Jeniffer Martins	A participação de idosos em grupos de terceira idade e sua relação com satisfação com suporte social e otimismo	Boletim - Academia Paulista de Psicologia	São Paulo	Santa Catarina

Ano	Autores	Título do Artigo	Periódico	UF do Periódico	UF dos Autores
DOI/Link: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2019000200011&lng=pt&nrm=isso					
2020	Dóris Firmino Rabelo; Nara Maria Forte Diogo Rocha; Juliana Martins Pinto	Arranjos de moradia de idosos: associação com indicadores sociodemográficos e de saúde	Revista Subjetividades	Ceará	Bahia
DOI/Link: https://doi.org/10.18256/2175-5027.2018.v10i2.2858					
2020	Lygia Zaia Morato; Heloísa Gonçalves Ferreira	O mercado de trabalho para idosos: a consultoria como possibilidade de atuação	Revista Psicologia Organizações e Trabalho	Distrito Federal	Minas Gerais
DOI/Link: https://doi.org/10.17652/rpot/2020.3.19426					
2020	Marlize Paulo da Silva; Lucy Leal Melo-Silva	Preparação para a aposentadoria: intervenção em um serviço público municipal	Estudos Interdisciplinares em Psicologia	Paraná	Paraná
DOI/Link: https://doi.org/10.5433/2236-6407.2020v11n2p198					
2020	Cassiana Regina Leindecker; Rose Mari Bennemann; Regiane da Silva Macuch	Idoso no Brasil: agressões, políticas e programas públicos - revisão de literatura	Aletheia	Rio Grande do Sul	Paraná
DOI/Link: https://doi.org/10.29327/226091.53.2-9					

Ano	Autores	Título do Artigo	Periódico	UF do Periódico	UF dos Autores
2020	Ana Claudia N.S. Wanderbroocke; Denise de Camargo; Alan Rossoni; Giovana Ricci Schmitte; Julia Costa; Vitor Budel Macedo	Sentidos da violência psicológica contra idosos: experiências familiares	Pensando famílias	Rio Grande do Sul	Paraná
DOI/Link: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2020000200011&lng=pt&nrm=isso					
2020	Thaís Cravo Schuabb; Lucia Helena de Freitas Pinho França	Planejamento Financeiro para a Aposentadoria: Uma Revisão Sistemática da Literatura Nacional sob o Viés da Psicologia	Estudos e Pesquisas em Psicologia	Rio de Janeiro	Rio de Janeiro
DOI/Link: https://doi.org/10.12957/epp.2020.50791					
2021	Rodrigo Barbosa de Castilho; Ronaldo Pilati	Traços de personalidade como preditores da percepção de futuro da aposentadoria	Revista Psicologia Organizações e Trabalho	Distrito Federal	Distrito Federal
DOI/Link: https://doi.org/10.5935/rpot/2021.1.19498					
2021	Natalí Andrade da Cunha; Fabio Scorsolini-Comin; Raquel Cornélio Marin	Intervenções psicológicas no processo de aposentadoria: revisão integrativa da literatura Brasileira	Revista Psicologia e Saúde	Mato Grosso do Sul	Minas Gerais
DOI/Link: https://doi.org/10.20435/pssa.v13i1.1012					

Ano	Autores	Título do Artigo	Periódico	UF do Periódico	UF dos Autores
2021	Daniely da Silva Dias Vilela; Cristina Maria de Souza Brito Dias; Marisa Amorim Sampaio	Idosos encarcerados no Brasil: uma revisão sistemática da literatura	Contextos Clínicos	Rio Grande do Sul*	Pernambuco
DOI/Link: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822021000100015&lng=pt&nrm=isso					
2021	Luiz Felipe Dias da Rocha; Márcia Maria Elia Peruzzi da Mota; Pedro Paulo Pires; Eliane Mary de Oliveira Falcone	Preditores da satisfação com a vida de idosos institucionalizados: análise de caminhos	Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia	Minas Gerais	Rio de Janeiro
DOI/Link: https://doi.org/10.36298/gerais2021142e17173					
2021	Marta Velo Hofmeister; Paula Moraes Pfeifer; Samanta Fanta Marques; Michele Pereira Lohmann; Patricia Pereira Ruschel	Delirium em CTI: ansiedade e depressão como possíveis fatores de risco na população idosa	Contextos Clínicos	Rio Grande do Sul*	Rio Grande do Sul
DOI/Link: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-34822021000100009&lng=pt&nrm=isso					

Ano	Autores	Título do Artigo	Periódico	UF do Periódico	UF dos Autores
2022	Dayse da Silva Albuquerque; Fernanda de Moraes Goulart; Aparecida da Silva Xavier Barros; Winnie Gomes da Silva Barros	Envelhecimento, Covid-19 e Saúde Digital: Reflexões sobre o Cenário Brasileiro	Revista Psicologia e Saúde	Mato Grosso do Sul	Amazonas
DOI/Link: https://doi.org/10.20435/pssa.v14i3.1418					
2022	Eduarda Rezende Freitas; Maria Clara Gonçalves Monteiro de Oliveira; Larissa Scoralich Alves; Altemir José Gonçalves Barbosa	Intervenção Psicológica Online em Grupo com Idosos Institucionalizados: Relato de Experiência	Revista Brasileira de Terapias Cognitivas	Rio de Janeiro	Distrito Federal
DOI/Link: https://doi.org/10.5935/1808-5687.20220019					
2023	Thays Hage da Silva; Mariana Bonomo	Do Velho ao Idoso: Representações Sociais de Velhice e Práticas de Qualidade de Vida e Idosas Frequentadoras de um CCTI	Estudos de Psicologia (Natal)	Rio Grande do Norte	Espírito Santo
DOI/Link: https://doi.org/10.69909/1678-4669.20230018					

Ano	Autores	Título do Artigo	Periódico	UF do Periódico	UF dos Autores
2024	Carline Pacheco Gomes da Silva; Ludgleydson Fernandes de Araújo; Raimundo Nonato de Sousa Barros Neto; Jefferson Luiz de Cerqueira Castro; Mateus Egilson da Silva Alves	O Envelhecimento para Pessoas em Situação de Rua: Um Estudo das Representações Sociais	Revista Psicologia e Saúde	Mato Grosso do Sul	Piauí
DOI/Link: https://doi.org/10.20435/pssa.v15i1.2317					
2024	Paula Andréa Prata Ferreira; Samantha de Toledo Martins Boehs; Diogo Henrique Helal; Andreia Pereira Souza; Lucia Helena de Freitas Pinho França	Percepções individuais sobre fatores que influenciam a continuidade do trabalho na aposentadoria	Revista Brasileira de Orientação Profissional	São Paulo	Rio de Janeiro
DOI/Link: https://doi.org/10.26707/1984-7270/2024v25n0210					
2025	Lauro Francisco da Silva Freitas Junior; Celina Maria Colino Magalhães; Paula Danielle Palheta Carvalho	PERSPECTIVAS DE PESSOAS IDOSAS EM UMA INSTITUIÇÃO PENITENCIÁRIA NA AMAZÔNIA	Revista Psicologia Política	São Paulo	Pará
DOI/Link: https://doi.org/10.5935/2175-1390.v25e25150					

Ano	Autores	Título do Artigo	Periódico	UF do Periódico	UF dos Autores
2025	Débora Priscila Ferreira da Silva Gomes; Josevânia da Silva	Mortalidade por Suicídio em Idosos no Sertão da Paraíba	Revista Psicologia e Saúde	Mato Grosso do Sul	Paraíba
DOI/Link: https://doi.org/10.20435/pssa.v16i1.1929					

**Atualmente o periódico está sob responsabilidade da UFMG, em Minas Gerais.*

***Único artigo no qual a autoria possui filiação institucional em outro país.*

CONHEÇA AS DEMAIS REFERÊNCIAS TÉCNICAS PUBLICADAS PELO CREPOP

- 2013** Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(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 Psicólogas(os).
- 2018** Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(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 Psicólogas(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 Psicólogas(os) em Políticas Públicas sobre Álcool e Outras Drogas (Edição Revisada).
- 2019** Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(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 Psicólogas(os) em Serviços Hospitalares do SUS.
- 2019** Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos(os) na Atenção Básica à Saúde.
- 2020** Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos(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 Psicólogos(os) no Sistema Prisional (Edição Revisada).
- 2021** Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos(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 Psicólogos(os) junto aos Povos Indígenas.
- 2022** Referências Técnicas para Atuação de Psicólogos(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 Psicólogos(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.
- 2025** Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) junto aos Povos Quilombolas.
- 2025** Referência Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) e políticas públicas para a população em situação de rua.
- 2025** Como os Psicólogos e as Psicólogas podem Contribuir para Avançar o Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Informações para Gestoras e Gestores (2ªed).

Conheça as publicações do CREPOP



**Conselho
Federal de
Psicologia**

**Conselhos
Regionais de
Psicologia**

