

# A psicologia frente aos desafios do envelhecimento populacional

*Psychology facing the challenges of population aging*

Pricila Cristina Correa Ribeiro<sup>1</sup>

Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, Brasil

---

## Resumo

A transição das taxas de morbimortalidade observadas na população brasileira nas últimas décadas impõe aos pesquisadores, profissionais e gestores no âmbito da saúde coletiva a busca por estratégias que garantam a promoção da saúde e a atenção às especificidades da população mais velha. Neste contexto, preceitos teóricos e práticas baseadas na psicologia do envelhecimento podem contribuir para o enfrentamento dos desafios na atenção em saúde do idoso. Neste estudo foram apresentadas algumas destas contribuições da psicologia bem como algumas das diretrizes mundiais que buscam nortear ações estratégicas voltadas para a promoção do envelhecimento ativo e para a prevenção e tratamento das condições crônicas e degenerativas associadas ao aumento da idade.

*Palavras-chave:* Idoso, Velhice, Psicologia do envelhecimento.

## Abstract

The transition of morbimortality rates observed in the Brazilian population in the last decades imposes on researchers, professionals and managers within the public health the search for strategies for ensuring the health promotion and attention to the specificities of the older population. In this context, theoretical precepts and practices based on the psychology of aging can contribute to tackle the challenges in health care of the elderly. In this study we presented some of these contributions from psychology as well as some of the world policies that seek to guide strategic actions aimed at promoting active aging and preventing and treating chronic and degenerative conditions associated with increasing age.

*Keywords:* Elderly, Old age, Aging psychology.

---

<sup>1</sup> Contato: [priccr@gmail.com.br](mailto:priccr@gmail.com.br)

Nas últimas décadas, um significativo aumento no número de indivíduos nas faixas etárias mais velhas ocorreu mundialmente. Esse processo de envelhecimento populacional no Brasil (IBGE, 2011) é ainda mais acelerado que o ocorrido em países desenvolvidos nos quais esse fenômeno deu-se, gradualmente, ao longo de mais de um século. Esta transição demográfica resulta em alterações significativas no quadro de morbimortalidade do país. Em meados do século XX, as doenças infectocontagiosas eram responsáveis por cerca de metade das mortes registradas no Brasil e, atualmente, representam menos de 10% desta taxa, o oposto do que ocorre em relação às doenças mais comuns entre idosos (IBGE, 2009). A alta incidência de doenças crônicas e múltiplas na população mais velha exige atendimentos multidisciplinares e contínuos e implica em aumentos nas despesas com os serviços de saúde, tratamentos médicos e internações hospitalares. Este cenário representa um desafio para as políticas vigentes no país, como a do Sistema Único de Saúde, que prevê o acesso a serviços públicos de prevenção, recuperação de agravos e promoção da saúde para toda a população (Paim et al., 2011). Desta forma, no âmbito da gestão pública, são incentivadas as estratégias de intervenção voltadas para as doenças crônicas não transmissíveis (Ministério da Saúde, 2011) que visam não só o tratamento destas condições, mas, principalmente, sua prevenção.

No que se refere à saúde da população mais velha, os direitos ao cuidado integral foram reforçados pela Política Nacional do Idoso (Lei n. 8842, 1994) e o Estatuto do Idoso (MS, 2009). Contudo, a implantação de serviços eficientes, pautados nesta legislação, enfrenta obstáculos dada a complexidade em prevenir e tratar agravos da saúde na população em idade avançada. Assim, as intervenções eficazes para a manutenção da independência e da autonomia dos indivíduos idosos representam um grande desafio para os profissionais e pesquisadores da área da saúde.

Na atualidade, estratégias para a conquista do envelhecimento ativo são traçadas para garantir que a longevidade represente um ganho no curso de vida humano e não mera sobrecarga para a sociedade e para aqueles que envelhecem. O presente estudo apresenta, sob um enfoque epidemiológico, contribuições da psicologia frente às demandas de novas estratégias de intervenção voltadas para a população mais velha. São destacadas algumas das diretrizes internacionais que norteiam ações de promoção do envelhecimento ativo e da prevenção e tratamento das condições crônicas e degenerativas em idosos. Além disto, são apresentados alguns dos pressupostos da perspectiva *lifespan* (Baltes, Lindenberger & Staudinger, 2006; Baltes & Smith, 2003), teoria do desenvolvimento ao longo da vida que embasa grande parte das pesquisas em psicologia do envelhecimento.

### **Diretrizes para atenção à saúde do idoso**

O aumento do número de idosos na população e as consequências desse fenômeno impulsionaram, no século XX, a expansão do conhecimento das ciências que estudam o envelhecimento humano. Embora o interesse pelo envelhecimento não tenha surgido com a modernidade, observa-se na atualidade um esforço crescente, da sociedade e do meio acadêmico, por descobertas voltadas para a manutenção da funcionalidade da população mais velha e pela superação de atitudes negativas acerca da velhice.

Quando a luta por uma perspectiva mais positiva da velhice começou a ganhar forças, verificou-se uma divisão dos estudiosos em gerontologia que mantinha de um lado os defensores da velhice como uma fase de perdas e de outro os novos argumentos sobre este período com possibilidade da manutenção do engajamento ativo com a vida. Na instância política, a dicotomia de atitudes sobre a velhice e a pessoa idosa sustentaram planos de intervenção que objetivavam assistir a uma camada populacional ora vista como dependente e causadora de problemas sociais e ora entendida como grupo que precisava de oportunidades para garantir seu potencial econômico e de inserção social. A partir do século XX, são fortemente combatidas as atitudes de vulnerabilidade e incapacidade da população idosa e surgem as defesas de que este grupo populacional pode manter-se ativo e representa fonte de benefícios para a sociedade como um todo (Camarano & Pasinato, 2004). Propostas que defendiam o

envelhecimento saudável associado a ausência de doenças foram substituídas por conceitos que se aproximavam das concepções mais amplas de saúde. Rowe e Kahn (1987), por exemplo, divulgaram o conceito que chamaram de “envelhecimento bem-sucedido”. Este seria caracterizado pela presença de três componentes: o baixo risco de doenças e incapacidade; a alta funcionalidade física e cognitiva; e o engajamento ativo com a vida.

Estudiosos deste modelo (Rowe & Kahn, 1998; Rowe et al., 2010) demonstraram que os elementos do envelhecimento bem-sucedido podem ser obtidos com fatores modificáveis no curso de vida. Os argumentos centrais destes autores incluem a possibilidade de baixo risco de doenças e de incapacidade na idade avançada ser possível a partir de avanços técnicos da medicina moderna que, com alta tecnologia, aumentariam as chances de recuperação e cura de muitas patologias. Além disso, mudanças comportamentais, incluindo um estilo de vida saudável, estariam associadas a menores riscos de doenças e representariam fontes de otimização do funcionamento físico e mental na velhice. A funcionalidade cognitiva seria preservada por meio de treinos e programas de reabilitação para amenizar déficits e perdas cognitivas. O engajamento com a vida foi relacionado, principalmente, à manutenção das relações e participação em atividades sociais e ocupacionais na velhice. Desta forma, este modelo fornece indicadores para as intervenções em saúde da população idosa e, desde suas primeiras publicações, serviram

de base para muitos estudos e intervenções gerontológicas. Recentemente, Rowe e Kahn (2015) revisaram a forma como o envelhecimento bem-sucedido foi estudado desde a sua formulação inicial e apontaram alguns elementos que são, hoje, sugeridos como complementares deste modelo, entre eles estão: fatores sociais e histórico-culturais (Riley, 1998; Stowe & Cooney, 2015); percepções do próprio idoso sobre seu envelhecimento; e os efeitos de experiências iniciais do curso de vida como determinantes dos desfechos na velhice, sugerindo uma incorporação da perspectiva *lifespan* para explicar o envelhecimento bem-sucedido (Baltes, Lindenberger & Staudinger, 2006).

Evidências científicas corroboram com o argumento de que fatores modificáveis, como dieta e atividade física, interferem no processo de envelhecimento e podem intensificar ou amenizar os efeitos adversos decorrentes do passar dos anos (Peskind et al., 2014; Barton, 2014; Barton, 2013). Com este respaldo, as intervenções clínicas enfatizam a prática de exercícios físicos, a moderação de ingestão de bebidas alcoólicas, a cessação do hábito de fumar, a adequação da dieta, o envolvimento ativo com a vida, entre outras medidas, como meios de diminuir o risco de declínio físico e cognitivo na velhice. Contudo, a prerrogativa da prevenção não deve simplesmente ser pensada como ações que objetivam mudanças comportamentais radicais e responsabilização do doente por sua condição, o que resumiria a intervenção à prescrições de exaustivos e inviáveis modos

de vida saudável sem considerar as condições macrosociais que também devem ser alvo de modificações.

As diretrizes dos órgãos que pensam a saúde mundial reforçam estratégias de promoção da saúde e de prevenção que favoreçam uma velhice saudável. Alguns dos marcos, que ofereceram as bases para as intervenções atuais voltadas para atenção à saúde do idoso, são a Carta de Otawa, fruto da primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em 1986; e o Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento (WHO, 2002), resultante da Segunda Assembleia Mundial do Envelhecimento, realizada em Madri, em 2002 (ONU, 2003).

A Carta de Otawa trouxe orientações que ainda hoje norteiam as ações de promoção da saúde no mundo todo (WHO, 2009). Entre suas diretrizes para intervenção em promoção da saúde estão: a) a implementação de políticas saudáveis, o que significa ir além da prestação de cuidados de saúde e inclui mudanças na legislação, nas medidas fiscais, nos impostos e em estruturas organizacionais, ou seja, implantação de um conjunto de ações que levem a maior equidade no acesso a saúde; b) criação de ambientes favoráveis à saúde; c) reforço das ações de saúde com a participação comunitária, o que implica promover o empoderamento comunitário por meio de suporte social e capacitação; d) desenvolvimento de competências pessoais; e e) reformulação dos serviços de saúde para que não se limitem ao tratamento de doenças, mas focalizem na promoção da

saúde.

Na Segunda Assembleia Mundial do Envelhecimento (ONU, 2003) foram aprovadas medidas para orientar as políticas públicas voltadas para o tema do envelhecimento no início do século XXI. As orientações principais são: a) reforçar a participação ativa dos idosos na sociedade, reconhecendo seu papel no desenvolvimento social, cultural, econômico e político, e oferecendo-lhes oportunidades de emprego, de melhorias das condições de moradias rurais ou em processo de migração e de acesso ao conhecimento e à capacitação, além da solidariedade intergeracional; combate à pobreza e apoio em situação de emergência; b) promoção da saúde e do bem-estar na velhice, o que inclui garantir acesso aos serviços de saúde, a capacitação de profissionais para atender a esta população, sendo destacado neste item as necessidades relacionadas com a saúde mental de idosos; c) criação de ambientes favoráveis ao envelhecimento, destacando os temas da moradia, abandono, violência e maus-tratos; e d) o apoio às pessoas que prestam assistência aos idosos; e) o reconhecimento das contribuições do idoso.

Estas orientações contribuíram para a compreensão do envelhecimento populacional como um processo de acúmulo dos recursos humanos, sociais e econômicos, retirando-lhe o papel de causador de um esgotamento dos recursos da sociedade (Camarano & Pasinato, 2004). Nesta direção, as políticas públicas devem oferecer oportunidades de acesso aos

cuidados em saúde, ao trabalho, à inserção e à seguridade social para toda a população. Além disso, torna-se fundamental, para alcance das metas traçadas, o planejamento de programas de saúde voltados para a assistência de todo o curso de vida, pensando estratégias que englobem da infância até a velhice.

Um Plano Internacional de Ação sobre o Envelhecimento (WHO, 2002) foi constituído para auxiliar na elaboração de estratégias de prevenção e tratamento em saúde do idoso. Entre suas diretrizes, destacam-se: a) o uso e a investigação de ferramentas diagnósticas a fim de garantir a identificação precoce do declínio da saúde na velhice; b) adequação de estratégias medicamentosas e psicoterápicas para atender às especificidades da população mais velha; e c) a capacitação de profissionais, familiares e demais envolvidos na assistência desta população.

Apesar da expectativa de que estes planos de ação influenciem nas políticas e nos programas de intervenção voltados para a população idosa em todo o mundo, a falta de normas contextualizadas à realidade de diferentes países limita esta interferência, principalmente nas nações em desenvolvimento, que demandam ainda estratégias iniciais bem diferentes das de países desenvolvidos, nos quais as diretrizes impulsionam programas de bem-estar social já bem estabelecidos (Camarano & Pasinato, 2004).

Em consonância com a ampliação da compreensão da saúde e seus determinantes na velhice, a Organização Mundial de Saúde

propôs o conceito de envelhecimento ativo, definido como “o processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida à medida que as pessoas ficam mais velhas” (WHO, 2005). Neste conceito, o termo ativo inclui a participação continuada em diversas esferas da vida, social, econômica, cultural, espiritual, civil e outras. Diversos fatores são apontados como determinantes deste processo de envelhecimento ativo; dentre eles estão: a cultura, o gênero, a promoção da saúde e prevenção de doenças, a saúde mental, os fatores psicológicos, os hábitos de vida saudáveis, a genética, os fatores ambientais, o apoio social, a educação, e fatores econômicos e de trabalho. Entretanto, não sendo possível atribuir uma causa direta a qualquer um desses fatores, é previsto que todos estes determinantes (e a interação entre eles) são bons indícios de como os indivíduos e as populações envelhecem.

As estratégias de intervenção voltadas para a promoção do envelhecimento ativo podem ser eficazes se as políticas públicas se articularem com a proposta da “promoção de saúde moderna”, que reconhece a condição de saúde como resultante não só de comportamento aprendido, mas também do contexto socioeconômico ao qual o indivíduo é exposto ao longo da vida (Assis, 2005). Nesta direção, o objetivo é garantir mudanças permanentes de condições de vida e não se prender às tentativas de mudanças de hábitos individuais. Assim, a promoção da saúde, entendida como uma política pública cuja estratégia é o

fortalecimento do poder político da população, se aplica à esfera da saúde do idoso e inclui intervenções que visam a otimização das potencialidades da população mais velha e focalizam na autoeficácia e no empoderamento.

A *American Psychological Association* (APA) elaborou, em 2004, um conjunto de recomendações para os psicólogos adequarem sua assistência à população mais velha. Dentre as orientações gerais estão: a) a importância de os profissionais reconhecerem como as suas atitudes e crenças acerca do envelhecimento e dos idosos podem ser relevantes na avaliação e tratamento deste público; b) a necessidade de obtenção de conhecimento geral sobre o desenvolvimento do adulto e sobre o envelhecimento e o idoso; c) a necessidade de se familiarizar com aspectos clínicos como as mudanças cognitivas, os problemas de vida diária, a natureza e a prevalência da psicopatologia associada ao aumento da idade; d) conhecer as teorias, investigações e práticas dos diversos métodos de avaliação de idosos, de forma a compreender os instrumentos de avaliação adaptados para uso na cultura onde será utilizado; e) engajar-se na intervenção, consultoria e fornecimento de outros serviços para a população mais velha; e f) dedicar-se a capacitação continuada, treinamentos e supervisões para aumentar o seu conhecimento e competências na atuação com adultos idosos.

Em agosto de 2013, diretrizes revisadas foram adotadas pela APA (2014). Nesta nova publicação, além das orientações



anteriores, os seguintes complementos incentivam os psicólogos a: a) conscientizarem-se sobre a dinâmica social e psicológica do processo de envelhecimento; b) compreenderem a diversidade no processo de envelhecimento e, especialmente, entender de que forma fatores como gênero, raça, etnia, status socioeconômico, orientação sexual, estado de incapacidade, residência (urbana/rural) podem influenciar a saúde e os problemas psicológicos na vida adulta; c) familiarizarem-se sobre os aspectos biológicos e de saúde do envelhecimento; d) buscarem evidências de pesquisas atuais que mostrem a eficácia de métodos de intervenção para esta faixa etária; e) entenderem a importância da interface com outras disciplinas por meio de referências e/ou trabalhos em equipes colaborativas; f) entenderem as questões éticas e legais inerentes à prestação de serviços aos idosos; e g) informarem-se sobre as políticas públicas, leis estaduais e federais que regulamentam a prestação de serviços do psicológico para idosos.

### **Contribuições da psicologia para as estratégias de prevenção e tratamento de agravos crônicos e degenerativos na velhice**

Os pressupostos da velhice como um período da vida, puramente, de prejuízos e declínios inevitáveis foram respaldados pelos resultados obtidos por estudiosos da psicologia da idade cuja metodologia consistia, basicamente, em comparar o desempenho físico, cognitivo e emocionais

de grupos mais velhos com grupos mais jovens (Batistoni, Fortes & Yassuda, 2007). Até meados do século XX, essa visão reducionista do envelhecimento contribuiu para homogeneização da população mais velha e para as atitudes negativas acerca das últimas fases da vida, inibindo avanços teóricos e práticos da psicologia na área gerontológica. No fim do século XX, os argumentos da unidirecionalidade e universalidade sobre as mudanças ocorridas no curso de vida perderam espaço para os pressupostos da perspectiva *lifespan*, que compreende o desenvolvimento como um processo resultante não só fatores normativos graduados por idade, mas também pela história (efeitos de coorte) e pelos eventos não normativos vivenciados ao longo da vida (Staudinger, Marsiske & Baltes 1995; Baltes, Lindenberger & Staudinger, 2006; Neri, 2006).

As pesquisas realizadas por Baltes, Lindenberger e Staudinger (2006), utilizando a metodologia longitudinal em coorte-sequenciais, foram pioneiras na identificação de variáveis que ao longo da vida podem influenciar na variabilidade interindividual na velhice. Estas pesquisas evidenciaram a argumentação de que o envelhecimento é determinado não só por fatores biológicos, psicológicos e sociais, mas também pelo contexto histórico-cultural com o qual o indivíduo tem que interagir e adaptar-se da infância até a velhice. Nas fases iniciais da vida, recursos internos e externos são alocados, principalmente, na obtenção de ganhos, enquanto nas últimas fases da vida a

alocação de recursos visa a minimização das perdas decorrentes de alterações normativas e não normativas. Assim, essa dinâmica de realocação de recursos garante a manutenção da capacidade adaptativa durante todo o curso de vida.

Outro argumento relevante desta perspectiva é a possibilidade da velhice saudável, obtida a partir da regulação entre as potencialidades e as perdas associadas ao aumento da idade (Staudigner, Marsiske & Baltes, 1995). Essa regulação é obtida com a seleção e otimização das habilidades comportamentais obtidas ao longo da vida, bem como das metas pessoais mais significativas para cada etapa do desenvolvimento, e da compensação das perdas por meio dos níveis de reservas e da capacidade de resiliência (Baltes & Smith, 2003). Esta compreensão teórica de uma orquestração entre ganhos e perdas, mecanismo conhecido como SOC (Seleção, Otimização e Compensação), consiste em uma das grandes contribuições da perspectiva *lifespan*, hoje utilizada para respaldar estratégias de promoção da velhice saudável (Neri, 2006). Apesar de sua relevância e da ênfase que esta perspectiva deu aos fatores históricos e culturais, recebeu críticas pela excessiva responsabilização do indivíduo em seu processo de envelhecimento e na conquista de uma velhice saudável. Assim, para pensar em estratégia em saúde coletiva é preciso considerar o peso dos determinantes contextuais com seus recursos para o desenvolvimento na velhice e também com seus riscos para desfechos desfavoráveis.

Alguns desses determinantes contextuais, vistos como potenciais fontes para a promoção do envelhecimento saudável, são: a tecnologia e as condições educacionais, urbanas, habitacionais, de trabalho e de assistência à saúde adequadas ao longo da vida (Fonseca, 2010). Além disso, recursos sociais, como o apoio das pessoas próximas e de profissionais e o engajamento em atividades, são reconhecidos na literatura como mecanismos eficazes para enfrentamento de eventos críticos da vida (Rabelo & Neri, 2005, Taylor, 2011). Assim, estratégias de ampliação da rede de suporte social para as pessoas mais velhas que convivem com incapacidades e perdas devem ser elaboradas, prevendo a participação não só do poder público e das famílias, mas da sociedade como um todo.

No Brasil, diante da transição de morbimortalidade das últimas décadas (Paim et al., 2011), foi elaborado o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), que inclui metas de diminuição das taxas das principais DCNT entre 2011 e 2022 (MS, 2011). A finalidade desta estratégia é o desenvolvimento e implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco. Além disso, prevê o fortalecimento dos serviços de saúde voltados para a atenção aos portadores destas doenças. Para alcance das metas traçadas, são prioridades os seguintes pontos: metodologias para detecção precoce de doenças; monitoramento dos agravos;



programas de prevenção; e o sistema médico pessoal. É preciso lembrar que o simples controle dos agravos crônicos na população mais velha não impacta as taxas das DCNT a longo prazo. Esse plano será eficaz se suas estratégias atingirem todo o curso de vida dos indivíduos, isto é, modificando o estilo de vida na infância e com projeção de manutenção de hábitos saudáveis até a velhice. Nesta direção, achados relevantes foram obtidos pelo Estudo *Adverse Childhood Experiences* (ACE), que consiste no acompanhamento prospectivo de uma coorte de 17.337 adultos, utilizando um protocolo com dados de saúde e bem-estar social, com o objetivo de identificar experiências adversas na infância relacionadas à incidência de doenças, uso de medicamentos, custos de saúde, mortalidade prematura, e causas de morte (Felitti, et al., 1998; Larkin, Shields & Anda, 2014). O Índice ACE inclui as seguintes experiências adversas da infância: abuso físico emocional e sexual, negligência física e emocional, ter testemunhando violência doméstica, crescer com um membro familiar doente ou fazendo uso abusivo de substância, a perda de um dos pais ou ter um membro da família encarcerado. Estão entre os desfechos, reconhecidos como frequentes na idade adulta e relacionados a presença de experiências psicossociais adversas na infância, a depressão maior, os níveis elevados de inflamação, e um agrupamento de marcadores de risco metabólico (Danese et al., 2009). A partir das evidências fornecidas pela publicação do Estudo ACE, as políticas públicas norte-americanas, que

preveem ações de controle do risco para as doenças comuns na idade adulta, como as doenças cardiovasculares, começaram a incorporar em suas estratégias a avaliação e a intervenção nas situações adversas vivenciadas na infância (Larkin, Shields & Anda, 2014).

A psicologia pode oferecer significativo apoio às políticas de prevenção e controle das DCNT, pois o campo de atuação desta profissão engloba uma diversificada gama de técnicas voltadas para a promoção da saúde, para o diagnóstico precoce e o tratamento de declínios físicos, emocionais e cognitivos. Especificamente, na atenção à saúde mental do idoso, as estratégias preventivas em psicologia tem como foco a manutenção da autonomia e da funcionalidade cognitiva, mesmo na existência de quadros patológicos já instalados, como a prevenção do suicídio em quadros de depressão; do isolamento social em quadros de perdas da independência, e do stress, sobrecarga e desestruturação de núcleos familiares ao enfrentar o dia a dia de cuidado do idoso acometido por patologias crônico-degenerativas. Dentre essas últimas, a síndrome demencial, descrita no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V) (APA, 2013) na categoria de transtornos neurocognitivos graves, é um dos grandes temas de interesse de pesquisadores e clínicos em gerontologia, pois estão entre as principais causas da perda total de autonomia e independência na velhice. Além disso, sintomas psicológicos e comportamentais podem ser observados em indivíduos acometidos pelas demências e a

avaliação dos mesmos é fundamental para o diagnóstico diferencial e tratamento adequado desta síndrome. Dentre estes sintomas estão: apatia, depressão, ansiedade, insônia, medo, paranoia, alucinações, alterações de personalidade e de comportamento (Tampi et al., 2011).

Estima-se que o número de pessoas acometidas pela síndrome demencial no mundo era de 35,6 milhões em 2010 e que este número deve quase duplicar a cada 20 anos, elevando-se para 65,7 milhões em 2030 e 115,4 milhões em 2050 (Prince et al., 2013). Estes autores apontaram que, em 2010, 58% de todos os pacientes com demência viviam em países com rendimentos baixos ou médios (contexto no qual se insere o Brasil) e que essa proporção deve chegar a 63% em 2030 e 71% em 2050. O crescimento dos casos de demência é tido como de caráter epidêmico e especialistas defendem que, se não controlado, representará enorme desestrutura para o sistema de saúde (Wimo & Prince, 2010). Assim, surge uma grande demanda por especialistas em avaliação e reabilitação de idosos, seja para assistência aos acometidos por prejuízos cognitivos ou para orientação aos familiares/cuidadores. Neste cenário, a neuropsicologia é um dos campos de atuação do psicólogo que mais rapidamente ganhou reconhecimento no Brasil no âmbito da assistência e da pesquisa em saúde do idoso. Entre os esforços dos estudiosos desta área estão a elaboração e validação de instrumentos para diagnóstico diferencial dos transtornos cognitivos e a busca por intervenções capazes de retardar o início ou

a progressão do quadro clínico neurodegenerativo (Malloy-Diniz et al., 2013; Caramelli & Tavares, 2007; Yassuda, Cid & Camargo, 2007).

Em revisão sobre intervenções da psicologia com idosos, Leandro-França e Murta (2014) reuniram as práticas mais utilizadas na assistência à saúde mental desta população. Entre estas intervenções estão: as abordagens comportamentais e cognitivo-comportamental tanto para tratamento quanto para prevenção; a terapia *life review* (revisão de vida) utilizada como estratégia preventiva da depressão em idosos; as intervenções de preparação para aposentadoria (PPA); a terapia comunitária, frequentemente aplicada a grupos de idosos de baixo poder aquisitivo com o objetivo de auxiliar no empoderamento e na resiliência. Estes autores ressaltaram também que a abordagem ecológica, embora ainda menos utilizada, é a mais adequada para intervenções preventivas e de promoção da saúde, pois enfatiza as complexas e recíprocas interações entre os indivíduos, os grupos e o seu meio ambiente (McLaren & Hawe, 2005; Green, Richard & Potvin, 1996). Esta abordagem vai de encontro à proposta do modelo biopsicossocial, adotado na atualidade pela saúde coletiva, que defende a necessidade de entender o processo saúde-doença a partir das condições de vida e saúde de uma coletividade (Puttini, Pereira Junior & Oliveira, 2010). As causas patológicas e, conseqüentemente, os focos de intervenção em saúde devem incluir o contexto social relacionado à saúde de uma população.

Nesta direção, estratégias como desenvolvimento de habilidades pessoais e do empoderamento são apontadas como forma de auxiliar indivíduos idosos e suas comunidades na obtenção do controle sobre os fatores que afetam a sua saúde e qualidade de vida (Teixeira, 2002).

Contudo, para que o conhecimento teórico e prático da psicologia resulte em intervenções eficientes em saúde do idoso, é necessário garantir profissionais qualificados e respaldados pelos novos paradigmas gerontológicos. Estes profissionais podem auxiliar na implantação das políticas públicas pensando a prevenção e a promoção da saúde bem além de simples técnicas de correção comportamental e da transposição de serviços aos mais velhos baseados nas estratégias utilizadas para os mais jovens.

### Considerações finais

O envelhecimento populacional resultou no interesse de pesquisadores e clínicos pelos fatores capazes de aumentar as chances de as populações experimentarem a velhice como uma fase satisfatória no curso de vida. Além disso, apesar de nas últimas décadas serem significativos os avanços na qualidade de vida da população mais velha, ainda enfrentamos desafios, como a elaboração de intervenções eficazes para prevenir e tratar as condições patológicas crônico-degenerativas.

Os avanços das pesquisas no campo da psicologia do envelhecimento contribuíram para a verificação das alterações estruturais e funcionais próprias do processo de envelhecimento e, também, para a

elaboração teórica da dinâmica de regulação de perdas ao longo vida. A partir dos pressupostos teóricos e das descobertas científicas de perspectivas como a *lifespan*, a psicologia do envelhecimento reconhece, hoje, que determinantes socioculturais e genético-biológicos são coinfluentes nos desfechos experimentados na velhice. Muitos estudiosos da psicologia do envelhecimento se dedicam a explicar a manutenção da capacidade adaptativa na velhice e oferecem suporte para estratégias de promoção de um envelhecimento saudável (Carstensen et al., 2011; Schaie, 2012).

Muitas modificações acerca do que entendemos do processo de envelhecimento humano foram obtidas, principalmente, com os resultados de estudos longitudinais a partir dos quais efeitos de história e de indicadores presentes nas etapas iniciais da vida tornaram-se foco para as estratégias preventivas de patologias na velhice. Contudo, no Brasil, os estudos de coorte em andamento são pouco (Faerstein, E., et al., 2005; Lopes et al., 2008; Horta & Victora, 2008; Schimidt et al., 2014) e estes são os que mais contribuem para o direcionamentos da saúde coletiva, pois auxiliam no reconhecimento de prioridade e fatores de risco para adversidades comuns no contexto brasileiro. As pesquisas, com maior tempo de seguimento, conduzidas com a população mais velha no Brasil foram realizadas com coortes fechadas e não se configuraram em estudo multicêntrico (d'Orsi, Xavier & Ramos, 2011; Lima-Costa et al., 2011) o que limita as conclusões que

temos até o momento sobre os efeitos de história e as comparações entre as regiões do país. Os estudos gerontológicos no Brasil são conduzidos, principalmente, nas regiões Sul e Sudestes e, sabendo-se das diferenças socioculturais em relação ao Norte-Nordeste, temos limitada capacidade de generalização dos achados obtidos. A Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílio (PNAD) (de Azevedo, Zanchetta, César, 2011; de Almeida (2015) fornece os melhores indicadores para elaboração do planejamento de saúde da população brasileira, pois é realizada em todo o país. Faz-se necessário, por parte dos pesquisadores, ampliar as análises de seguimento utilizando esta base de dados e, a partir de descobertas científicas, sugerir atualizações dos protocolos dos futuros inquéritos. Assim, a implantação de estudos de coortes com acompanhamentos da infância até a velhice e em toda a extensão do território brasileiro pode trazer soluções para os desafios impostos pelo envelhecimento populacional no país.

Nas práticas em saúde, os atuais paradigmas da psicologia do envelhecimento podem auxiliar na superação das visões equivocadas sobre uma homogeneidade da população mais velha que, em geral, ao serem aplicadas nas ações de atenção ao idoso, mostram-se ineficazes e, conseqüentemente, contribuem para o desperdício dos recursos disponíveis para a assistência desta população. Apesar de muitas práticas interventivas da psicologia serem aplicáveis à saúde do idoso, esta é uma área de atuação ainda pouco difundida

no Brasil e o interesse pela formação em gerontologia ainda é tímida entre os psicólogos. Desta forma, um dos maiores desafios do crescimento da psicogerontologia no Brasil é a execução de ações conduzidas por profissionais capacitados para desenvolver intervenções que ofereçam respostas às demandas resultantes das especificidades do envelhecimento. Cabe à psicologia e demais áreas da saúde a ampliação do conhecimento sobre o envelhecimento, seja ativo ou com acometimentos crônico-degenerativos, e sobre os fatores associados à variabilidade deste processo para que estereotipações não comprometam a eficácia dos serviços prestados à população idosa e para que a oferta de cuidados em saúde coletiva seja uma meta articulada em todo o curso de vida.

### Referências

- American Psychological Association. (2004). Guidelines for psychological practice with older adults. *American Psychologist*, 59(4), 236-260.
- American Psychological Association. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders – DSM-5. Washington: American Psychiatric Association.
- American Psychological Association Guidelines for Psychological Practice With Older Adults. (2014). American Psychological Association. v. 69, n. 1, p. 34–65, 2014. Recuperado em 7 de julho de 2015 de <http://www.apa.org/practice/guidelines/older-adults.aspx>
- BALTES, P., LINDENBERGER, U., STAUDINGER, U. (2006). Life-span theory in developmental psychology. In R. LERNER. (Ed.) Handbook of Child Psychology. Vol.1: Theoretical Models of Human Development. Hoboken, NJ: Wiley. pp. 569-664.
- BALTES, P. B., & SMITH, J. (2003). New frontiers in the future of aging: from successful

- aging of the young old to the dilemmas of the fourth age. *The Gerontologist*, 49, 123-135.
- BARTON, M. (2013). Mechanisms and therapy of atherosclerosis and its clinical complications. *Curr Opin Pharmacol*, 13, 149-153.
- BARTON, M (2014). Aging and endothelin: determinants of disease. *Life Sci*, 118(24), 97-109.
- BATISTONI, S.S.T.; FORTES, A.G.; YASSUDA, M.S. (2007). Aspectos psicológicos do envelhecimento. In O.V. FORLENZA. (Ed.) *Psiquiatria Geriátrica: do diagnóstico precoce à reabilitação*. São Paulo: Atheneu, pp. 32-36
- CAMARANO, A. A., & PASINATO, M. T. (2004). O envelhecimento populacional na agenda das políticas públicas. In A. A. CAMARANO. (Org.) *Os Novos Idosos Brasileiros: muito além dos 60?* Rio de Janeiro: IPEA, pp. 253-292.
- CARAMELLI, P., & TAVARES, A. (2007). Transtornos Mentais Orgânico – Módulo III. In O.V. FORLENZA (Org.) *Psiquiatria geriátrica: do diagnóstico precoce à reabilitação*. São Paulo: Atheneu, pp. 149-256.
- CARSTENSEN, L. L. et al. (2011). Emotional experience improves with age: evidence based on over 10 years of experience sampling. *Psychology and Aging*, 26(1), p. 21-33.
- DE AZEVEDO BARROS, M. B., FRANCISCO, P. M. S. B., ZANCHETTA, L. M., & CÉSAR, C. L. G. (2011). Tendências das desigualdades sociais e demográficas na prevalência de doenças crônicas no Brasil, PNAD: 2003-2008. Trends in social and demographic inequalities in the prevalence of chronic diseases in Brazil. *PNAD: 2003-2008*.
- DE ALMEIDA, A. N. (2015). O acesso aos serviços de saúde pelos idosos no Brasil com base na Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) entre 1998 e 2008. *Jornal Brasileiro de Economia da Saúde*, 7(1), 43-52.
- D'ORSI, E., XAVIER, A. J. & RAMOS, L. R. (2011). Trabalho, suporte social e lazer protegem idosos da perda funcional: Estudo Epidoso. *Revista de Saúde Pública*, 45(4), 685-692.
- GREEN, L. W., RICHARD, L., & POTVIN, L. (1996). Ecological foundation of health promotion. *American Journal of Health Promotion*, 10, 270-281.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. (2011). Sinopse do Censo Demográfico 2010. Recuperado em 7 de julho de 2015 de [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic\\_sociosaude/2009/indic\\_saude.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indic_saude.pdf)
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. (2009). Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil. Estudos e Pesquisas. Informação demográfica e socioeconômica. Recuperado em 7 de julho de 2015 de [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic\\_sociosaude/2009/indic\\_saude.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/indic_saude.pdf)
- FAERSTEIN, E., et al. (2005). Estudo Pró-Saúde: características gerais e aspectos metodológicos. *Revista brasileira de epidemiologia*, 8(4), 454-66.
- FELITTI, V. J. et al. (1998). Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The adverse childhood experiences (ACE) study. *American Journal of Preventative Medicine*, 14(4), p. 354-364.
- FONSECA, A.M. (2010) Promoção do desenvolvimento psicológico no envelhecimento. *Contextos Clínicos*, 3(2),124-131.
- HORTA, B. L., & VICTORA, C. G. (2008). Prevalência e determinantes precoces dos transtornos mentais comuns na coorte de nascimentos de 1982, Pelotas, RS. *Revista de Saúde Pública*, 42 (Supl 2), p.26-33.
- LEANDRO-FRANÇA, C., & MURTA, S. G. (2014). Prevenção e promoção da saúde mental no envelhecimento: conceitos e intervenções. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 34(2), 318-332.
- LOPES, C. S., FAERSTEIN, E., CHOR, D.; WERNECK, G. L. (2008). Higher risk of common mental disorders after experiencing physical violence in Rio de Janeiro, Brazil: the Pro-Saude Study. *International Journal of Social Psychiatry*, 54(2)112-117.
- Lei n. 8842 de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a Política Nacional do Idoso. Brasília. (1994). Recuperado em 20 de abril de 2015, de [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8842.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm)
- MALLOY-DINIZ, L. et al. (2013). Neuropsicologia do envelhecimento: uma abordagem multidimensional. Porto Alegre: Artmed.
- MCLAREN, L., & HAWE, P. (2005). Ecological



- perspectives in health research. *Journal of Epidemiology and Community*, 59(1), 6–14.
- Ministério da Saúde – MS. (2009). Estatuto do Idoso. 2. ed. rev. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, Recuperado em 20 de abril de 2015, de [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto\\_idoso\\_2ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso_2ed.pdf)
- Ministério da Saúde – MS. (2011). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Brasília: Ministério da Saúde; Recuperado em 20 de abril de 2015, de [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha\\_dcnt\\_pequena\\_portugues\\_espanhol.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_dcnt_pequena_portugues_espanhol.pdf)
- NERI, A. L. (2006). O legado de Paul B. Baltes à Psicologia do Desenvolvimento e do Envelhecimento. *Temas em Psicologia*, 14(1), 17-34.
- NERI, A. L. (2013). Conceitos e teorias sobre o envelhecimento. In L. MALLOY-DINIZ et al. *Neuropsicologia do envelhecimento: uma abordagem multidimensional*. Porto Alegre: Artmed. pp. 17-42.
- Organização das Nações Unidas – ONU. (2003). Plano de ação internacional contra o envelhecimento, 2002/Organização das Nações Unidas. Série Institucional em Direitos Humanos; v. 1. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos.
- PAIM, J. et al. (2011). O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios. *The Lancet*. 377 (9779), 1778-1797.
- PESKIND, E. R. et al. (2014). Influence of lifestyle modifications on age-related free radical injury to brain. *JAMA Neurol*. 71(9), 1150-1154.
- PUTTINI, R. F.; PEREIRA JUNIOR, A.; OLIVEIRA, L. R. de. (2010). Modelos explicativos em saúde coletiva: abordagem biopsicossocial e auto-organização. *Physis*, 20(3), 753-767.
- RABELO, D. F., & NERI, A. L. (2005) Recursos psicológicos e ajustamento pessoal frente à incapacidade funcional na velhice. *Psicologia em Estudo*.10(3), 403-412.
- RICHARD, L. et al. (2012). Integrating the ecological approach in disease prevention and health promotion programs for older adults: an exercise in navigating the headwinds. *Journal of Applied Gerontology*, 31(1), 101-125.
- RILEY, M. W. (1998). Letters to the editor. *The Gerontologist*, 38 (2), 151.
- ROWE, J. W. et al. (2010) Policies and politics for an aging America. The MacArthur Foundation Research Network on an Aging Society: *Contexts*, 9 (1), 22–27.
- ROWE, J. W., & KAHN, R. L. (1987). Human aging: Usual and successful. *Science*, 237 (4811), 143–149.
- ROWE, J. W., & KAHN R. L. (1998). *Successful aging*. New York, NY: Pantheon Books.
- ROWE, J.W., KAHN, R.L. (2015). Successful aging 2.0: conceptual expansions for the 21st century. *Journals of Gerontology, Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 70 (4), 593-596.
- SCHAIKE, K. W. (2012). *Developmental Influences on Adult Intelligence*. The Seattle Longitudinal Study. Second Edition. New York: Oxford University Press.
- SCHMIDT, M.I. et al. (2014) Cohort Profile-Longitudinal Study of Adult Health (ELSA-Brasil). *International Journal of Epidemiology*, 27, 1–8.
- STAUDINGER, U. M., MARSISKE, M. & BALTES, P. B. (1995). Resilience and reserve capacity in later adulthood: Potentials and limits of development across the life span. In D. CICCETTI & D. J. COHEN (Eds.), *Developmental psychopathology. Volume 2: Risk, disorder, and adaptation* (pp. 801-847). New York: Wiley & Sons.
- STOWE, J. D., & COONEY, T. M. (2015). Examining Rowe and Kahn's Concept of Successful Aging: Importance of Taking a Life Course Perspective. *The Gerontologist*, 55 (1), 43-50.
- TAMPI, R. R. et al. (2011). Behavioral and psychological symptoms of dementia: part I - epidemiology, neurobiology, heritability, and evaluation. *Clinical Geriatrics*. 19(5), 41-46.
- TAYLOR, S. E. (2011). Social support: A Review. In M. S. Friedman (Ed.), *The handbook of health psychology* (pp. 189-214). New York, NY: Oxford University Press.
- TEIXEIRA, M. B. (2002). Empoderamento de idosos em grupos direcionados à promoção da saúde. Dissertação de Mestrado. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública.



World Health Organization – WHO. (2005). Envelhecimento ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde.

World Health Organization – WHO. (2009). Milestone in health promotion: statements from global conferences. Recuperado em 20 de abril de 2015, de: [http://www.who.int/healthpromotion/Milestones\\_Health\\_Promotion\\_05022010.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/Milestones_Health_Promotion_05022010.pdf)

WIMO, A., & PRINCE, M. World Alzheimer Report 2010: the global economic impact of dementia. Recuperado em 7 de julho de 2015 de [http://www.alz.org/documents/national/world\\_alzheimer\\_report\\_2010.pdf](http://www.alz.org/documents/national/world_alzheimer_report_2010.pdf)

YASSUDA, M. S., CID, C. G. & CAMARGO, C.H, P. De. (2007) Reabilitação do Idoso - Módulo V. In: FORLENZA, O. V. (Org.) Psiquiatria geriátrica: do diagnóstico precoce à reabilitação. São Paulo: Atheneu, pp. 391-440.

*Recebido em: 25/08/2015*

*Aceito em: 22/12/2015*