

Conselho Regional de Psicologia da Bahia



Cartilha

AGEÍSMO

E A PRÁTICA PROFISSIONAL
DA/O PSICÓLOGA/O



Conselho Regional
de Psicologia

3ª REGIÃO - BA

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

C755a

Conselho Regional de Psicologia 3ª Região Bahia (CRP-03). Comissão de Saúde. GT Psicologia, Envelhecimento e Velhice.

Ageísmo e a prática profissional da/o psicóloga/o/ Conselho Regional de Psicologia 3ª Região Bahia (CRP-03)/ Comissão de Saúde. GT Psicologia, Envelhecimento e Velhice. – Salvador -Ba: CRP-Ba, 2021.

3.929 KB; PDF: il.

1. Psicologia. 2. Ageísmo. 3. Atuação do psicólogo. 4. Velhice. I. Título

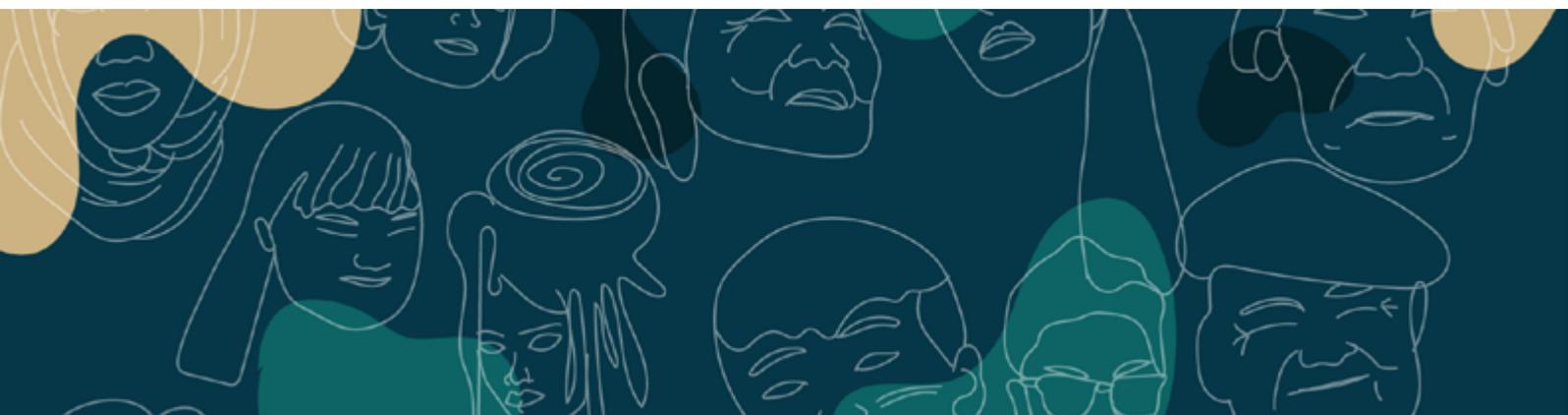
CDU (2.Ed.)
159.9

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA, 3ª REGIÃO – BAHIA (CRP-03) COMISSÃO DE SAÚDE. GT PSICOLOGIA, ENVELHECIMENTO E VELHICE

CARTILHA

**AGEÍSMO E A PRÁTICA PROFISSIONAL DA/O
PSICÓLOGA/O**

BAHIA 2021



CARTILHA - AGEÍSMO E A PRÁTICA PROFISSIONAL DA/O PSICÓLOGA/O

Responsabilidade

Conselho Regional de Psicologia da Bahia – Comissão de Saúde - GT Psicologia, Envelhecimento e Velhice

Diretoria

Washington Luan Gonçalves de Oliveira (CRP-03/18055) - Presidente
Ana Caroline Moura Cabral (CRP-03/5541) - Vice-presidenta
Iara Maria Alves da Cruz Martins (CRP-03/10210) - Tesoureira
Emmilla Di Paula Carvalho dos Santos (CRP03/5427) - Secretária

Conselheiras/os

Adelvan Alcântara Lima Filho (CRP-03/12187) - suplente
Álvaro Pinto Palha Junior (CRP-03/17376) - suplente
Ana Caroline Moura Cabral (CRP-03/5541) - efetiva/o
Anderson Fontes Passos Guimarães (CRP-03/6680) - efetiva/o
Atanael Ribeiro da Silva Weber (CRP-03/13293) - suplente
Carolina da Purificação Fonseca (CRP-03/12600) - efetiva/o
Catiana Nogueira dos Santos (CRP-03/10974) - efetiva/o
Emmilla Di Paula Carvalho dos Santos (CRP03/5427) - efetiva/o
Ezevaldo Aquino dos Santos (CRP-03/9946) - efetiva/o
Iara Maria Alves da Cruz Martins (CRP-03/10210) - efetiva/o
Jaqueline Anjos Silva (CRP-03/8481) - suplente
Jacilânia Rodrigues Barros (CRP-03/5665) - suplente
Leísa Mendes de Sousa (CRP-03/3977) - efetiva/o
Renan Vieira de Santana Rocha (CRP-03/11280) - efetiva/o
Rogério da Silva Abílio (CRP-03/3208) - efetiva/o
Vanina Miranda da Cruz (CRP-03/3228) - efetiva/o
Washington Luan Gonçalves de Oliveira (CRP-03/18055) - efetiva/o
Wendell Santana Ferreira (CRP-03/12901) – suplente

Elaboração da Cartilha

Dóris Firmino Rabelo
Julianin Araujo Santos
Katia Jane Chaves Bernardo
Ana Caroline Moura Cabral

Revisão

Emmilla Di Paula Carvalho dos Santos
Anderson Fontes Passos Guimarães

Projeto Gráfico e Editoração

Michaela P Janson



Sumário

- 6.** O que motivou essa cartilha?
 - 9.** A população idosa brasileira
 - 10.** O que é Ageísmo?
 - 11.** Ageísmo e capacitismo
 - 12.** Ageísmo e sexismo
 - 13.** Ageísmo e racismo
 - 14.** Ageísmo e homofobia
 - 15.** Como pode ocorrer o ageísmo na prática profissional
 - 19.** Como combater o Ageísmo
 - 21.** Referências
- 
- 

O que motivou essa cartilha?



O envelhecimento da população brasileira continua crescendo em número, diversidade e necessidades de efetivação de direitos, de políticas públicas em geral, de saúde mental, e de revisão de crenças, estereótipos e preconceitos em relação ao envelhecimento e à velhice. O preconceito de idade permeia instituições e setores da sociedade, incluindo aqueles da saúde e assistência social.

No dia 1º de outubro comemora-se o Dia da/o Idosa/o, marcando o momento em que a Lei N°10.741 (Estatuto do Idoso) foi sancionada. A data é fundamental para reforçar a importância da atenção a esse público e para reavaliarmos nossas atuações nas práticas psicológicas em relação às pessoas idosas e à velhice.

O Grupo de Trabalho Psicologia, Envelhecimento e Velhice (GTPEV), vinculado à Comissão de Saúde do CRP-03 tem desenvolvido ações que dialogam com a necessidade de as/os psicólogas/os pensarem em novas formas de atuação junto à pessoa idosa. Para o mês de outubro de 2021, as atividades do GTPEV foram articuladas a partir das informações do Relatório Técnico¹ “Levantamento de dúvidas e dificuldades da/o psicóloga/o no atendimento às pessoas idosas no estado da Bahia”, publicado no site do Conselho. Esse relatório é um documento que busca colaborar na identificação de demandas no cotidiano do trabalho com pessoas idosas e informações relevantes para orientação, normativas, resoluções, educação e treinamento.

O relatório demonstrou a necessidade de construção de materiais que possam orientar a categoria profissional no âmbito do trabalho com pessoas idosas e sobre as perspectivas de uma prática crítica. Esta cartilha surge nesse cenário, tratando-se de uma das ações do GTPEV em outubro de 2021.

Esta cartilha também dialoga com diversas deliberações do 10º Congresso Nacional da Psicologia e é coerente com a definição da Assembleia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU) que declarou 2021-2030 como a Década do Envelhecimento Saudável cuja implementação será liderada pela Organização Mundial de Saúde (OMS). O plano internacional tem como uma das ações estratégicas mudar a forma como pensamos, sentimos e agimos com relação à idade e ao envelhecimento. Nesse sentido, em 2021, a ONU divulgou o Relatório Global sobre Ageísmo e a Campanha Global da ONU de combate ao ageísmo.

1

1 Acesse pelo link: https://www.crp03.org.br/wp-content/uploads/2021/09/CRP03_Relatorio-Tecnico-5.pdf

Segundo o Relatório Global sobre Ageísmo, o preconceito de idade reduz a qualidade de vida de pessoas idosas, está associado a uma expectativa de vida mais curta, pior saúde física e mental, recuperação mais lenta de eventos de saúde, aumenta o isolamento social e a solidão, e pode aumentar o risco de violência e abuso contra pessoas mais velhas. Pode, ainda, contribuir para a pobreza e a insegurança financeira na velhice.

Importante ressaltar que o preconceito de idade se baseia em uma visão do processo de envelhecimento e da velhice construída histórica e socialmente em um contexto de industrialização, no qual o tempo foi organizado e a vida dos seres humanos passou a ser compreendida como um processo construído em etapas: infância, adolescência, adultez e velhice. Sendo que a última etapa, em geral, é considerada como: saída do mundo do trabalho; anúncio da proximidade da morte; declínio físico, cognitivo e social; adoecimento; uma etapa de perdas; problema e peso social. Nessa visão, a/o velha/o passa a ser vista/o como alguém que deixou de ser adulta/o e jovem, pois a juventude está no centro do sistema capitalista como o ideal de produtividade.

Essa compreensão reducionista e estigmatizadora da velhice atrelada à ideia de que “envelhecer é adoecer” está impregnada na estrutura social, ideológica e política, assim como na mente das pessoas, de modo que serve como base e parâmetro para todas as ações que concernem às pessoas que estão envelhecendo e, sobretudo, às pessoas idosas. Nesse sentido, é importante destacar que o preconceito de idade é um problema de saúde pública e um importante determinante social da saúde que foi negligenciado por muito tempo. É uma questão de desenvolvimento e direitos humanos, pois tem consequências sobre a saúde física, mental e social das pessoas idosas.

O atual contexto da pandemia causada pela COVID-19 impactou a vida das pessoas idosas no mundo todo, escancarou e amplificou o ageísmo de toda a sociedade e evidenciou como esse tipo de preconceito é onipresente, naturalizado, não reconhecido, não desafiado e não combatido. Ao longo da vida, o preconceito de idade interage com o sexismo e o racismo, gerando ainda maiores desigualdades. É preciso aumentar a conscientização social sobre os efeitos prejudiciais do ageísmo e de que podemos e devemos desafiá-lo e preveni-lo.

No que concerne à Psicologia como ciência e profissão vale ressaltar que também está impregnada dessa visão reducionista do processo de envelhecimento e da velhice. É possível perceber que as/os psicólogas/os nem sempre estão adequadamente habilitadas/os para trabalhar com pessoas idosas, o que repercute em poucas intervenções para as atividades ampliadas, poucas habilidades clínicas, dificuldade no diagnóstico e tratamento do sofrimento mental dessas pessoas, em atitudes negativas em relação à população idosa e em menor disposição a trabalhar com ela. A ausência de reflexões e debates sobre o ageísmo, o processo de envelhecimento e a velhice refletem em práticas profissionais inadequadas nos diversos âmbitos psi promovendo a proliferação/manutenção da estigmatização e violência contra as pessoas idosas em lugar de promover saúde mental.



Mesmo para aquelas/es que atualmente não trabalham com pessoas idosas ou que não desejam trabalhar com essa população no futuro, é importante se dar conta que atuam com pessoas de outras idades como crianças, adolescentes e adultos jovens, mas que estão envelhecendo também, uma vez que envelhecer é um processo que se dá ao longo da vida.

Modificar como pensamos, sentimos e agimos em relação à idade e ao envelhecimento é parte da mudança necessária, pois pode trazer benefícios para indivíduos e sociedades.

Além disso, é de responsabilidade ética, conforme os princípios fundamentais que direcionam os fazeres das/dos profissionais de Psicologia, “trabalhar visando promover a saúde e a qualidade de vida das pessoas e das coletividades e contribuir para a eliminação de quaisquer formas de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão”.

É crucial que psicólogas/os repensem práticas e colaborem com a (ou para a) construção de um movimento para mudar a narrativa em torno da idade e do envelhecimento. Todos nós temos um papel a cumprir nesse cenário, uma vez que estamos todas/os envelhecendo.



O GT Psicologia, Envelhecimento e Velhice, foi constituído dentro do movimento de psicólogas/pesquisadoras que buscam rever e superar, especialmente dentro do campo psi, a compreensão reducionista acerca do processo de envelhecimento e da velhice. Esse movimento na Bahia, ainda que recente, vem crescendo nos últimos anos, de modo que essa cartilha é um reflexo dessa busca.

O CRP-03 assumiu o compromisso de apoiar uma agenda de combate ao ageísmo e colaborar com a construção de ações que aumentem a compreensão sobre o que é o preconceito de idade e por que todas/os nós devemos trabalhar para desafiá-lo.

Essa cartilha é um convite à categoria para juntar-se ao movimento de combate ao preconceito etário e a repensar as práticas nos diversos campos de atuação.

A População idosa brasileira

Em 2019, o número de idosas/os no Brasil chegou a 32,9 milhões. Os 7,5 milhões de novos idosas/os que ganhamos de 2012 a 2019 representam um aumento de 29,5% neste grupo etário. O número de pessoas com mais de 60 anos no país já é superior ao de crianças com até 9 anos de idade. Espera-se que em 2060, o percentual da população com idade acima de 65 anos chegue a 25,5%, o equivalente ao total de 58,2 milhões de idosas/os.

As/os idosas/os são as pessoas de referência ou chefes de família de 19,3% dos domicílios brasileiros.



Em 2019, dos 72,6 milhões de domicílios brasileiros, 35% tinham pelo menos uma pessoa idosa residindo. Contribuíam com 70,6% da renda destes domicílios, sendo que 62,5% desta renda vinha da Seguridade Social e 28,5% do trabalho. Em 60,7% dos domicílios com idosas/os ou em 18,6% do total dos domicílios brasileiros, a renda das pessoas idosas era responsável por mais de 50% da renda domiciliar total. No Estado da Bahia, cerca de 71% das/os idosas/os baianas/os se autodeclararam negras/os. A grande maioria das/os idosas/os do estado sobrevive com renda mensal de até um salário-mínimo, sendo que cerca de 29% deles apresentam renda menor que meio salário-mínimo.

O que é Ageísmo

Termos relacionados: Idadismo, etarismo, velhismo, gerontofobia, velhofobia

Estereótipos negativos ou positivos, preconceito e/ou discriminação contra pessoas idosas, fundamentados em sua idade cronológica ou com base na percepção delas como sendo velhas ou envelhecidas. Frequentemente, parte da suposição de que indivíduos ou grupos etários são fisicamente e mentalmente inferiores, desgastados, fracos, insuficientes, incapacitados.

Refere-se a como pensamos (estereótipos), sentimos (preconceitos) e agimos (discriminação) em relação à idade, ao envelhecimento e à velhice.

O preconceito e a discriminação em relação à idade são parte da dinâmica social expressa na luta pelo poder e dominação entre grupos de idade e gerações.



AGEÍSMO ESTRUTURAL: A idade cronológica é um critério fundamental de organização e integração social, sobretudo no que diz respeito à divisão do trabalho. A vida social está permeada pelo ageísmo ao ponto deste ser um componente que estrutura as sociedades e que leva à discriminação, estigmatização e marginalização baseadas na idade. O ageísmo é estrutural, pois está enraizado na sociedade, não diz respeito a um ato isolado, mas representa um processo histórico que se reproduz nas esferas cultural, política, econômica, educacional, científica e cotidiana.

AGEÍSMO INSTITUCIONAL: Refere-se às leis, regras, normas sociais, políticas e práticas de instituições que restringem oportunidades injustamente e prejudicam sistematicamente os indivíduos com base em sua idade. Também se refere às ideologias que as instituições fomentam para justificar o preconceito de idade.

Exemplos: Políticas no setor de saúde que permitem que o cuidado seja racionado por idade. No setor de trabalho, práticas discriminatórias de contratação.

AGEÍSMO INTERPESSOAL: Ocorre durante as interações entre dois ou mais indivíduos.

Exemplos: Desrespeitar ou ser condescendente com os mais velhos, ignorando seus pontos de vista na tomada de decisão ou evitando contato e interações; Usar um tom excessivamente complacente ou um vocabulário infantilizado ao interagir com pessoas idosas; Insultar pessoas mais velhas.

AGEÍSMO AUTO-DIRECIONADO: Ageísmo voltado contra si mesmo. Envolve as percepções do próprio envelhecimento.

Exemplos: Acreditar que não é mais possível aprender novas habilidades e hesitar em inscrever-se em novas atividades de interesse.

AGEÍSMO RECREATIVO: Expressões humorísticas (piadas, brincadeiras, comentários jocosos, memes) que reproduzem estereótipos negativos sobre as pessoas idosas, o envelhecimento e a velhice.

O preconceito de idade é vivenciado pelas pessoas no cotidiano atrelado aos sistemas de raça/etnia, classe social, gênero, sexualidade, de modo que algumas pessoas estarão mais propensas a serem discriminadas do que outras, mesmo sendo da mesma idade.



Ageísmo e capacitismo

Ageísmo e capacitismo estão intimamente interligados. Essa relação pode ser percebida de diversas formas. Por exemplo, assumir que a deficiência/incapacidade é uma norma da velhice e, a partir disso, justificar a retirada da autonomia e independência de uma pessoa idosa. Seja considerando-a incapaz de tomar suas próprias decisões, de receber e administrar seus recursos financeiros, assim como de viver a própria vida a sua maneira, seja considerando-a incapaz de fazer suas atividades diárias no âmbito doméstico ou social sem a ajuda de terceiros. Pessoas idosas com alguma incapacidade funcional são vistas em um estado estereotipado de declínio ou como uma criança com competência limitada.

Enfatizar que envelhecer bem é sinônimo de ser saudável e independente pode estigmatizar pessoas idosas com dependência. Da mesma forma, enfatizar e reforçar que envelhecer bem depende exclusivamente da escolha da pessoa idosa por hábitos saudáveis de vida, desconsiderando as condições socioeconômicas e o acesso a políticas públicas que promovam a efetivação de direitos e a promoção de saúde.

Reforçar que existe uma forma adequada ou certa para “envelhecer bem” centrada na manutenção das características da juventude tanto cognitivas, quanto físicas e estéticas.

Todas essas atitudes ageístas e capacitistas podem levar à negação do processo de envelhecimento, ao sofrimento psíquico e contribuem para homogeneização e invisibilização de pessoas idosas em sua diversidade e heterogeneidade.

Ageísmo e sexismo

A experiência de mulheres com relação ao envelhecimento e com o preconceito de idade está profundamente enraizada na sua aparência física e nas percepções sexistas dos corpos de mulheres mais velhas. A discriminação de gênero associada à idade pode ser observada na maior pressão que as mulheres recebem para mascararem a idade cronológica e no mercado da beleza e antienvelhecimento. No caso dos homens o preconceito de idade se expressa, sobretudo em relação a sua potência sexual.

A discriminação de gênero se expressa na pressão que os homens recebem para demonstrar que mantêm a atividade sexual preservada, através inclusive do uso de medicações disponibilizadas pela indústria farmacêutica para essa finalidade. De modo geral, está presente o estereótipo de que a atividade sexual acabou na velhice para mulheres e homens.

A feminização da velhice é uma realidade mundial, na qual viver mais não significa viver bem. As mulheres estão mais



expostas ao sofrimento mental, à sobrecarga, ao não reconhecimento do seu trabalho na esfera doméstica, apresentam maiores demandas de cuidado na velhice, mas em relação aos homens recebem menos cuidados. Como são as principais cuidadoras ao longo da vida, normalmente têm menos oportunidade de se envolverem em um trabalho formal, quando o tem, isso aumenta ainda mais a sobrecarga de trabalho, gerando menor remuneração, menor probabilidade de aposentar-se e maior dependência de benefícios sociais.



Ageísmo e racismo

O racismo tem efeitos sobre a expectativa de vida e a longevidade. No Brasil, embora a população negra seja a maioria da população, são as/os brancas/os que chegam em maior proporção na velhice.

Homens idosos negros estão em menor número no país em decorrência da morte prematura por causas violentas, como vem sendo denunciado pelo movimento negro da Bahia que desnuda a existência de uma prática de “extermínio da população negra”². O racismo é um determinante social da mortalidade

de pessoas idosas e envelhecer não tem sido uma possibilidade/direito para essa população. As pessoas negras que alcançam a condição de idosas, vivenciam esse período com diversos riscos sociais e de saúde, maior exposição à violência, perdas e luto.

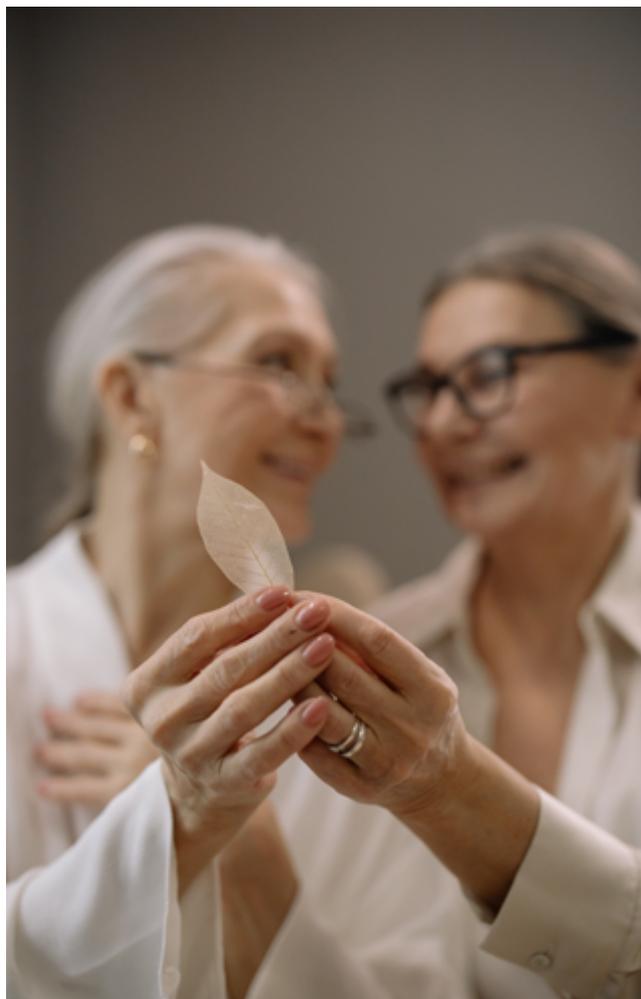
Pessoas idosas negras enfrentam com maior frequência o tratamento injusto resultante das microagressões cotidianas de cunho racista e têm maior probabilidade de serem percebidas como menos inteligentes, desonestas ou serem temidas e insultadas. Enfrentam desigualdades nos direitos no âmbito trabalhista, no acesso à aposentadoria, na área da saúde, no acesso ao cuidado na velhice e na proteção social.

1

2 Como pode ser verificado no Mapa da Violência de 2020 do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea). Acesse pelo link: <https://www.ipea.gov.br/atlasviolencia/download/24/atlas-da-violencia-2020>

Ageísmo e homofobia

A expectativa de vida de pessoas LGBT, em especial da população T, é menor que da população idosa em geral. Pessoas idosas enfrentam diversos tabus em relação a sua sexualidade e uma presunção de heterossexualidade, o que gera silenciamento, medo, constrangimento e diversas microagressões diárias e até mortes decorrentes da homofobia. A centralidade contemporânea do corpo vigoroso e jovem dificulta a aceitação das mudanças trazidas pelo processo de envelhecimento.



A falta de acolhimento profissional leva muitas pessoas idosas LGBT a esconderem sua identidade sexual. O histórico de discriminação e violências ao longo da vida resultam em disparidades socioeconômicas, educacionais e de saúde, inserção social desqualificada e a invisibilidade nas ações e políticas públicas.

Psicóloga/o, observe como pode ocorrer o ageísmo na sua prática profissional

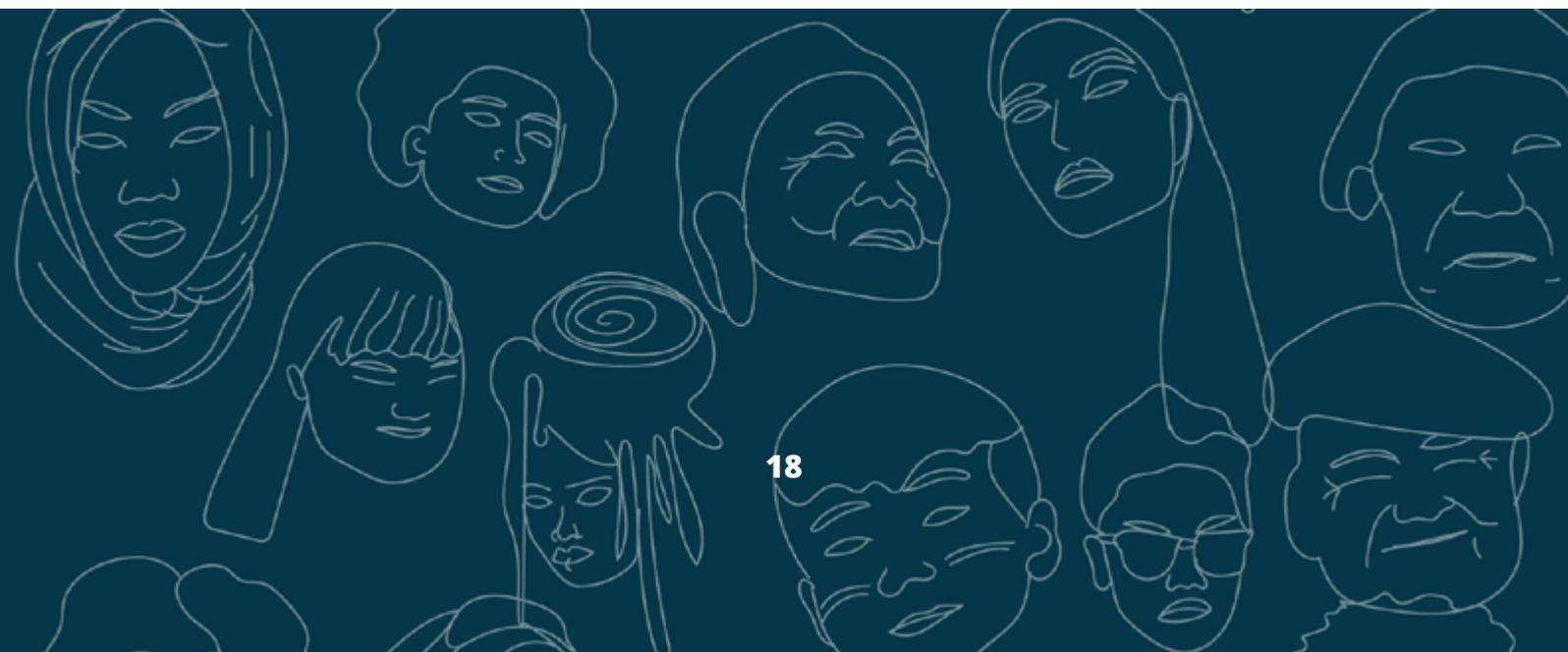


- » O ageísmo está presente no exercício profissional se você:
- » Não acredita que a visão do processo de envelhecimento e da velhice vigente na sociedade é uma construção histórica, social e política.
- » Tende a não acreditar na pessoa idosa até que a história dela seja confirmada por outra pessoa.
- » Oferece orientações concernentes à pessoa idosa autônoma e independente ao familiar acompanhante, mesmo em sua presença, pressupondo que ela não será capaz de entender, memorizar e lembrar-se.
- » Está mais preocupada/o em verificar se a história da pessoa idosa é verdadeira e qual o nível de sua capacidade cognitiva, do que em acolher e ouvir.
- » Admite atender uma pessoa idosa contra a vontade dela a pedido de familiares.
- » Acha aceitável fazer um atendimento sem a pessoa idosa saber que se trata de um atendimento psicológico.
- » Compartilha da crença de que pessoas idosas são incapazes de mudança e de se desenvolverem.
- » Acredita que pessoas idosas voltam a ser crianças e que a velhice corresponde à doença, depressão, solidão e incapacidade.
- » Faz ponderações e intervenções que naturalizem o envelhecimento e a velhice como perda, declínio e adoecimento.

- » Reforça que a pessoa idosa deve aceitar o que a família diz ou faz sem considerar como a própria pessoa idosa se sente, sendo conivente com violências disfarçadas de cuidado e preocupação.
- » Não está atenta/o àquilo que nomeamos de cuidado, preocupação e proteção, muitas vezes exercidos como um protecionismo coercitivo relacionado aos estereótipos de idosas/as como incompetentes, inflexíveis, teimosas/os e de que precisam ser controladas/os e vigiadas/os para “não fazerem besteira”.
- » Não faz o planejamento de uma intervenção no contexto das políticas públicas *com* a pessoa idosa, mas *para* ela.
- » Não planeja intervenções em grupo com base nas demandas e interesses das pessoas idosas daquele território, mas com base naquilo que você considera que é importante para elas.
- » Não considera relevante o que as pessoas idosas pensam ou querem e não ouve genuinamente suas opiniões e preocupações.
- » Acha carinhoso usar diminutivos ao dirigir-se à pessoa idosa.
- » Acha errado utilizar a palavra velho ou velha.
- » Acredita que só pode ser considerada velha a pessoa que está doente ou dependente.
- » Fala com pessoas idosas usando um padrão de comunicação benevolente, infantil e paternalista, exageradamente lento e/ou alto.
- » Acredita que a juventude ou a velhice é uma escolha pessoal, uma atitude, um estado de espírito.
- » Compartilha que o envelhecimento é algo subjetivo e que pode (e deve) ser evitado, pois é possível “envelhecer permanecendo jovem”.
- » Defende de maneira prescritiva que existe “um” modo adequado de envelhecer bem, desconsiderando a heterogeneidade da velhice e do processo de envelhecimento.
- » Responsabiliza e culpabiliza as pessoas idosas que, segundo a convenção estabelecida socialmente, “não envelheceram bem”.
- » Supõe que intervenções em grupo com pessoas idosas devem ter como objetivo principal ocupar o tempo livre ou atividades lúdicas.
- » Acredita que a velhice é causa primária do sofrimento psíquico em pessoas idosas.
- » Acredita, na sua compreensão pessoal e profissional, que tem que trabalhar para que a pessoa idosa aceite sua condição “incapacitante”.

- » Acredita que a pessoa idosa precisa resignificar sua compreensão sobre a velhice, sem mesmo escutá-la.
- » Acredita que pessoas idosas são carentes, solitárias, deprimidas e rígidas.
- » Acredita que pessoas idosas só querem falar do passado na psicoterapia como se o presente ou o futuro não pertencessem mais a ela.
- » Acredita que toda queixa e expressão de sofrimento psíquico está associada à questão do envelhecimento, como se a pessoa não tivesse tido uma vida antes da idade que tem e como se a pessoa não tivesse uma vida futura.
- » Não compreende a heterogeneidade da velhice e que as condições sociais estruturam diferentes possibilidades de envelhecimento e velhice.
- » Não permite que as próprias pessoas idosas se apresentem a outros profissionais, contando a história delas por elas.
- » Acredita que existe uma pessoa idosa típica, universal, como se a velhice homogeneizasse as pessoas.
- » Acredita que o objetivo da sua intervenção é uma aceitação incondicional ou resignação da pessoa idosa.
- » Acredita que o único trabalho psicoterapêutico possível com pessoas idosas é em relação à aceitação da “proximidade da morte”, das perdas e declínio e ao tratamento da depressão e solidão como se essas fossem condições naturais nas/os idosas/os.
- » Acredita que existe uma personalidade velha: ranzinza, queixosa, sovina, mal-humorada, teimosa.
- » Considera que candidatas/os idosas/os não se encaixam no perfil de uma vaga em um processo seletivo porque elas são velhas ou com base em mitos e estereótipos.
- » Compartilha com a equipe de saúde e/ou hospitalar que pessoas idosas não são capazes de tomar decisões sobre sua própria saúde ou que determinadas informações devem ser omitidas delas.
- » Acredita que pessoas idosas não aprendem ou são menos inteligentes.
- » Propõem em suas intervenções com pessoas idosas exercícios de ginástica cerebral ou de neuroautoajuda sem respaldo científico.
- » Realiza intervenções descontextualizadas à realidade social e história de vida da pessoa idosa por pressupor que todas as pessoas idosas são iguais e vivenciam a mesmas coisas.

- » Utiliza na sua avaliação psicológica instrumentos inadequados para pessoas idosas, segundo suas condições de vida, escolaridade e território.
- » Não investe o mesmo esforço e dedicação nas intervenções com pessoas idosas em comparação com os mais jovens.
- » Acredita que pessoas idosas são apenas alvo de cuidados e não pessoas que contribuem com suas famílias e comunidades.
- » Assume que a família que cuida bem é aquela que superprotege e faz pelo/a idoso/a.
- » Pressupõe que não existe atividade sexual na velhice.
- » Pressupõe que pessoas idosas não podem ter gênero, orientação sexual e práticas sexuais diferentes das estabelecidas pela heteronormatividade.
- » Acredita que pessoas idosas só podem ter pensamentos, sentimentos e comportamentos classificados dentro do que se considera socialmente como maturidade e sabedoria.
- » Considera que existe um modo adequado de expressão verbal e não verbal, de vestimenta, de maquiagem, de utilização de adereços, de cortes e penteados de cabelo para as pessoas idosas.
- » Considera que as pessoas idosas são, em essência, pessoas boas e livres de comportamentos reprováveis socialmente.
- » Acha que brincadeiras, piadas e memes que inferiorizam/humilham pessoas idosas são inofensivas.





Como combater o Ageísmo?

- » Buscar formação continuada em relação à questão do envelhecimento e da velhice considerando toda a sua heterogeneidade.
- » Investir em tomar consciência de sua própria compreensão acerca do processo de envelhecimento e da velhice identificando como o preconceito de idade se manifesta em seu pensamento, sentimentos e ações.
- » Investir diariamente na desconstrução de suas crenças limitantes, representações sociais e estereótipos negativos acerca do envelhecimento e da velhice.
- » Em sua atividade profissional realizar intervenções educacionais para reduzir o preconceito de idade incluídas em todos os níveis e modalidades de ensino, desde o ensino básico à universidade, e em contextos educacionais formais e não formais.
- » Realizar intervenções contextualizadas à vida e ao relato da pessoa idosa, buscando sempre compreender o caso como único e, conseqüentemente, dando orientações e proposições adequadas a sua especificidade.
- » Investir em intervenções para que haja maior contato intergeracional.
- » Superar concepções individualistas ou familistas nas avaliações e intervenções com pessoas idosas.
- » Superar práticas de tutela, protecionismo, paternalismo, infantilização e massificação da população velha, reconhecendo e investindo na potência política das pessoas idosas.
- » Não compartilhar piadas, memes e brincadeiras que reproduzem estereótipos negativos em relação ao envelhecimento e à velhice.

- » Não reproduzir a concepção de que qualidade de vida na velhice, ou ser feliz na velhice, é “envelhecer com juventude”.
- » Considerar que o preconceito de idade não está sozinho, mas acompanhado de outras formas de preconceito e discriminação social.
- » Compreender que envelhecer bem não depende apenas de um estilo de vida saudável e de manter-se positivo, mas depende fundamentalmente de ter acesso, ao longo da vida, aos recursos materiais, sociais e simbólicos, fundamentais para a dignidade e a qualidade de vida.
- » Compreender que o envelhecimento não ocorre da mesma forma para todas as pessoas, pois o modo como uma pessoa vai envelhecer varia de acordo com sexo/gênero, etnia/raça, idade/geração, classe social, condições socioeconômicas, origem geográfica, condições de moradia e trabalho. Ou seja, depende do contexto social no qual a pessoa está inserida, de sua condição de saúde e acesso à saúde ao longo da vida e de sua história de vida.
- » Compreender que as pessoas idosas continuam sendo pessoas adultas, cidadãos e cidadãs de direitos e deveres.
- » Compreender que seu compromisso profissional é sempre com a pessoa idosa que você atende, seja no campo social, hospitalar, clínica particular ou ampliada, de modo que seus acordos são sempre com ela e não com terceiros. Quando necessário incluir terceiros na intervenção fazer sempre com a concordância e o consentimento da pessoa idosa.
- » Ampliar sua visão das possibilidades desenvolvimentais existentes no envelhecimento e na velhice para além do que está posto socialmente.
- » Perguntar a cada pessoa idosa nova que irá atender como ela prefere ser chamada.
- » Orientar as pessoas idosas que elas não devem aceitar qualquer tipo de agressão (grito, tapa, beliscão, xingamento), mesmo que pareça brincadeira. As manifestações de violências na velhice precisam deixar de serem naturalizadas pelas pessoas, urge a necessidade romper a reprodução em massa e individual de produtores do sofrimento psíquico.
- » O profissional de Psicologia na equipe multiprofissional deverá ter o manejo voltado à qualificação dos atendimentos às pessoas idosas, para colaborar no acolhimento, atividades de educação em saúde, de convivência e fortalecimentos de vínculos, grupos terapêuticos, em orientação e escuta com cuidadoras/es e familiares.
- » Participar (e fomentar a participação das pessoas idosas) dos espaços de controle social, nos conselhos de direitos, nas conferências municipais, estaduais e nacionais, que são espaços importantes na fiscalização e construção das políticas públicas.
- » Promover no exercício profissional a autonomia e o estreitamento dos vínculos familiares e comunitários, onde a/o velha/o tem voz, desejo, opiniões, decisões e história de vida.

REFERÊNCIAS

BRITTO DA MOTTA, A. As dimensões de gênero e classe social na análise do envelhecimento. *Cadernos Pagu*, Campinas, SP, n. 13, p. 191-221, 1999. Disponível em: <https://periodicos.sbu.unicamp.br/ojs/index.php/cadpagu/article/view/8635327>. Acesso em: 14 set. 2021.

BRITTO DA MOTTA, A. Idade e preconceito. In: WOLF, Cristina Scheibe; FÁVERI, Marlene de; RAMOS, Tânia Regina Oliveira (Orgs). *Leituras em rede gênero e preconceito*. Florianópolis: Ed. Mulheres, 2007, 131-145.

CAMARANO, A. A. Os dependentes da renda dos idosos e o coronavírus: órfãos ou novos pobres? *Nota técnica*, n. 81, Brasília: IPEA, 2020.

DÓREA, E. L. *Idadismo: um mal universal pouco percebido*. São Leopoldo, RS: Editora Unisinos, 2020.

FIOCRUZ. Sistema de Indicadores de saúde e Acompanhamento de Políticas Públicas do Idoso (SISAP-Idoso). Disponível em: <https://sisapidoso.icict.fiocruz.br>.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Indicadores Sociais Municipais: Uma análise dos resultados do universo do Censo Demográfico 2010*. Rio de Janeiro: Estudos e Pesquisas Informação Demográfica e Socioeconômica. 2010.

NERI, M. Onde estão os idosos? Conhecimento contra o Covid-19. FGV: 2020. Disponível em: <https://cps.fgv.br/covidage>

PNAD. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua. PNAD contínua: outras formas de trabalho, 2019.

RABELO, D. F.; DAVI, E. H. D. Preconceito e discriminação contra o idoso e as práticas gerontológicas. In CARVALHO, C. M. R. G.; ARAÚJO, L. F. (Orgs). Curitiba, PR: CRV; Teresina, PI: EDUFPI, 2017. p. 99-114.

RABELO, D. F.; NERI, A. L. Intervenções psicossociais com grupos de idosos. *Revista Kairós Gerontologia*, v.16, n. 6, p.43-63, 2013.

RABELO, D. F.; ROCHA, N. M. F. D. Velhices invisibilizadas: desafios para a pesquisa em Psicologia. In CERQUEIRA-SANTOS E.; LUDGLEYDSON A. (Orgs). *Metodologias e Investigações no Campo da Exclusão Social*. Teresina: EDUFPI, 2020. p. 32-54.

ROMERO, D. E. et al. Idosos no contexto da pandemia da COVID-19 no Brasil: efeitos nas condições de saúde, renda e trabalho. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 37, n. 3, 2021.

SANTOS, J. A. *Contribuições da Abordagem Gestáltica de Curta Duração para o trabalho psicoterapêutico com idosos no Sistema Único de Saúde*. Trabalho de conclusão de curso, Instituto de Gestalt-terapia da Bahia, Salvador, BA, Brasil, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Global report on ageism*. Geneva: World Health Organization, 2021.



Conselho Regional
de Psicologia

3ª REGIÃO - BA