

**TERAPIAS  
COGNITIVO-  
-COMPORTAMENTAIS**  
*com Idosos*

---

T315      Terapias cognitivo-comportamentais com idosos / organizado por  
Eduarda Rezende Freitas, Altemir José Gonçalves Barbosa e  
Carmem Beatriz Neufeld. – Novo Hamburgo : Sinopsys, 2016.  
16x23cm ; 448p.

ISBN 978-85-64468-67-2

1. Psicologia – Terapia cognitivo-comportamental – Idosos.  
I. Freitas, Eduarda Rezende. II. Barbosa, Altemir José Gonçalves.  
III. Neufeld, Carmem Beatriz. IV. Título.

CDU 159.922-053.9

---

Catálogo na publicação: Mônica Ballejo Canto – CRB 10/1023

# TERAPIAS COGNITIVO- -COMPORTAMENTAIS *com Idosos*

Eduarda Rezende Freitas  
Altemir José Gonçalves Barbosa  
Carmem Beatriz Neufeld  
Organizadores



2016

© Sinopsys Editora e Sistemas Ltda., 2016

*Terapias Cognitivo-Comportamentais com Idosos*

*Eduarda Rezende Freitas, Altemir José Gonçalves Barbosa*

*e Carmem Beatriz Neufeld (orgs.)*

Capa: *Maurício Pamplona*

Supervisão editorial: *Mônica Ballejo Canto*

Editoração: *Formato Artes Gráficas*

Reservados todos os direitos de publicação à

**Sinopsys Editora**

Fone: (51) 3066-3690

E-mail: [atendimento@sinopsyseditora.com.br](mailto:atendimento@sinopsyseditora.com.br)

Site: [www.sinopsyseditora.com.br](http://www.sinopsyseditora.com.br)

## Autores

**Eduarda Rezende Freitas (org.)** – Psicóloga, Mestre e Doutoranda em Psicologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Possui formação em Terapia Cognitivo-Comportamental pelo Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde Mental (NEISME). Membro da diretoria da Associação de Terapias Cognitivas de Minas Gerais (ATC-Minas).

**Altemir José Gonçalves Barbosa (org.)** – Psicólogo, Mestre em Psicologia Escolar (Pontifícia Universidade Católica de Campinas – PUC Campinas) e Doutor em Psicologia (PUC Campinas). Professor do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Coordenador do Centro de Pesquisa sobre Desenvolvimento e Envelhecimento – CEPEDEN – UFJF. Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq.

**Carmem Beatriz Neufeld (org.)** – Psicóloga, Mestre e Doutora em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Pós-Doutoranda em Psicologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro. Professora e Orientadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Departamento de Psicologia da Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Coordenadora do Laboratório de Pesquisa e Intervenção Cognitivo Comportamental – LaPICC-USP. Vice-presidente da Associação Latino-americana de Psicoterapias Cognitivas (gestão 2015-2018). Ex-presidente da

Federação Brasileira de Terapias Cognitivas – FBTC (gestão 2011-2013 / 2013-2015). Bolsista produtividade do CNPq. Terapeuta Cognitiva Certificada pela FBTC com mais de 15 anos de experiência clínica.

---

**Adrian Pablo Fantini** – Médico, Especialista em Psiquiatria (Universidad del Salvador) e Medicina Legal (Universidad Barceló). Formado em Terapia Comportamental Dialética (Intensive Training Behavioral Tech). Professor do Centro Integral de Psicoterapias Contextuais (CIPCO) e do departamento de Medicina da Universidade Católica de Córdoba (UCC).

**Alessandra de Fátima Almeida Assumpção** – Psicóloga (Universidade Federal de Minas Gerais – UFMG) e Assistente Social (Universidade Federal do Espírito Santo – UFES). Mestre em Medicina Molecular (UFMG) e Doutoranda em Psicologia do Desenvolvimento Humano (UFMG).

**Analuiza Camozzato de Pádua** – Psiquiatra (UFRGS), Mestre e Doutora em Ciências Médicas pela UFRGS. Professora adjunta de Psiquiatria da UFCSPA e professora da Pós-Graduação em Ciências da Saúde da UFCSPA.

**Anita Liberalesso Neri** – Professora Titular Colaboradora no Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria e docente do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.

**Arlete Portella Fontes** – Psicóloga (PUC-Campinas), Mestre e Doutora em Gerontologia pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP).

**Beatriz Rios Zanetti** – Graduanda em Psicologia pela Universidade de Brasília (UnB).

**Bruno Sanches dos Santos** – Filósofo e graduando em Psicologia pela Universidade de Brasília (UnB). Integrante do grupo de pesquisa Processos de Desenvolvimento Humano Mediados pelas Tecnologias de Informação e Comunicação (TICs).

**Denise Mendonça de Melo** – Psicóloga, Mestre em Gerontologia pela UNICAMP e Doutoranda em Psicologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Especialista em Desenvolvimento Humano pela UFJF.

**Eliane Ferreira Carvalho Banhato** – Psicóloga, Mestre em Desenvolvimento Humano pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e Doutora em Saúde, área de concentração Saúde Brasileira, pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Especialista em Neuropsicologia pelo Conselho Federal de Psicologia e em Geriatria e Gerontologia pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG). Docente do curso de graduação em Psicologia do Centro de Ensino Superior de Juiz de Fora – CES/JF – e da Faculdade Machado Sobrinho. Professora da pós-graduação em Desenvolvimento Humano do Departamento de Psicologia da UFJF.

**Eliane Mary de Oliveira Falcone** – Mestre em Psicologia Clínica (PUC-Rio), Doutora em Psicologia Clínica (USP) e Pós-doutora em Psicologia Experimental (USP). Professora associada do Instituto de Psicologia da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da mesma instituição. Fundadora da Revista Brasileira de Terapias Cognitivas.

**Elizabeth do Nascimento** – Psicóloga, Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) e Doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília (UnB). Professora associada do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-graduação em Psicologia da UFMG. Membro do Laboratório de Avaliação das Diferenças Individuais (LADI) da UFMG.

**Fernanda Cerutti** – Psicóloga, Mestre e Doutoranda em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Especialista em Psicoterapia pelo Instituto Fernando Pessoa (IFP).

**Flávia Luvizotto Alcântara de Pádua** – Psicóloga pela Universidade de São Paulo (USP).

**Gabriela de Andrade Reis** – Psicóloga, mestranda em Psicologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora na linha de Desenvolvimento Humano e Processos Socioeducativos. Membro do Centro de Pesquisa sobre Desenvolvimento e Envelhecimento – CEPEDEN – UFJF.

**Heloísa Gonçalves Ferreira** – Psicóloga, Mestre e Doutora em Psicologia pela Universidade Federal de São Carlos (UFSCAR). Realizou estágio de Doutorado Sanduíche na Universidade do Porto, em Portugal, e na Universidade de

Alberta, no Canadá. Especialista em Psicoterapia Comportamental pelo Instituto de Terapia por Contingências de Reforçamento – ITCR – de Campinas. Professora do curso de graduação em Psicologia da Universidade Federal do Triângulo Mineiro.

**Irani Iracema de Lima Argimon** – Psicóloga, Especialista em Toxicologia Aplicada. Mestre em Educação e Doutora em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Terapeuta Cognitivo-Comportamental certificada pela Fundação Brasileira de Terapias Cognitivas (FBTC). Professora dos cursos de Graduação e de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS. Pesquisadora Produtividade CNPq.

**Jéssica Sobrinho Teixeira** – Educadora Física (Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF), Mestre em Psicologia (UFJF). Especialista em Geriatria e Gerontologia pela Universidade Veiga de Almeida e em Ciência do Treinamento Desportivo. Membro do Grupo de Pesquisa “Corpo e Diversidade Humana” (CNPq). Pesquisadora do Laboratório de Estudos do Corpo (LABESC).

**Leonardo Martins Barbosa** – Psicólogo, Mestre e Doutorando em Psicologia Clínica pela Universidade de Brasília – UnB.

**Lívia Batista Gomes** – Graduanda em Psicologia pela Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF). Membro do Centro de Pesquisa sobre Desenvolvimento e Envelhecimento – CEPEDEN – UFJF.

**Márcia Cristina Nascimento Dourado** – Possui graduação em Letras (Faculdade de Ciências e Letras Notre Dame) e Psicologia (Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro – PUCRJ), Mestrado em Psicologia Clínica (PUCRJ), Doutorado em Saúde Mental (Universidade Federal do Rio de Janeiro) e Pós-doutorado Sênior pelo CNPq. É professora Colaboradora do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psiquiatria e Saúde Mental do Instituto de Psiquiatria da Universidade Federal do Rio de Janeiro – IPUB/UFRJ. Responsável pelo Curso de Especialização em Psicogeriatria do IPUB/UFRJ. Professora responsável pela linha de pesquisa em Consciência da Doença na Demência do Laboratório de Neuropsiquiatria Geriátrica do IPUB/UFRJ. Membro do setor de Psicologia da Câmara Técnica da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – SBGG/RJ.



**Maria Elisa Caputo Ferreira** – Educadora Física (Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF), Mestre em Educação Física (Universidade Gama Filho) e em Ciência da Motricidade Humana (Universidade Castelo Branco). Doutora e Pós-doutora em Educação pela Universidade de São Paulo (USP). Professora adjunta na Faculdade de Educação Física e Desportos (FAEFID) da UFJF e orientadora plena nos programas de Pós-Graduação Associado em Educação Física UFV-UFJF e em Psicologia ICH-UFJF.

**Mariângela Gentil Savoia** – Psicóloga, Mestre em Psicologia Clínica (Pontifícia Universidade Católica - Campinas) e Doutora em Psicologia Clínica (Universidade de São Paulo). Pesquisadora do Programa de Ansiedade (AMBAN) IPq FMUSP. Coordenadora e Docente do Curso de Especialização em Terapia Comportamental e Cognitiva em Saúde Mental no AMBAN IPq – HC – FMUSP. Coordenadora do Conscientia – Núcleo de estudos de comportamento e Saúde Mental.

**Marina Gregghi Sticca** – Psicóloga (Universidade Federal de São Carlos – UFS-CAR), Administradora (Universidade Federal de Uberlândia). Mestre e Doutora em Engenharia de Produção (UFSCAR), área de Trabalho, Tecnologia e Organização. Professora do Departamento de Psicologia da Universidade de São Paulo (USP), campus Ribeirão Preto (FFCLRP/USP).

**Maycoln Leôni Martins Teodoro** – Doutor pela Albert-Ludwigs-Universität Freiburg (Alemanha) com estágio pós-doutoral na UFRGS. Professor Adjunto do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Editor da Revista Brasileira de Terapias Cognitivas. Bolsista produtividade do CNPq e Pesquisador Mineiro (Fapemig).

**Monique Gomes Plácido** – Psicóloga pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e Mestranda em Psicologia Social (UERJ). Psicoterapeuta Cognitivo-Comportamental.

**Paula Castilho** – Psicóloga, Mestre e Doutora em Psicologia Clínica (Universidade de Coimbra, Portugal). Professora Auxiliar na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Membro e supervisora credenciada da APTCC – Associação Portuguesa de Terapias Comportamentais e Cognitivas, Associação Portuguesa para o Mindfulness e Sociedade Portuguesa de Sexologia.

**Rodrigo Grassi-Oliveira** – Psiquiatra, Mestre em Psicologia Cognitiva (PUCRS), Doutor em Psicologia, na área de Cognição (PUCRS), e Pós-doutor em epigenética pelo Queensland Brain Institute da University of Queensland. Professor Adjunto do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS.

**Roseli Lage de Oliveira** – Psicóloga no Conscientia – Núcleo de Estudos de Comportamento e Saúde Mental, Mestre em Psicologia (Universidade São Marcos) e Doutora em Ciências – Neurociências e Comportamento (Universidade de São Paulo). Terapeuta Cognitiva certificada pela Federação Brasileira de Terapias Cognitivas (FBTC). Professora do Curso de Especialização em Terapia Cognitivo Comportamental na Saúde Mental do AMBAN-IPq-HC-FCMSCSP e dos Cursos de Especialização em Terapia Cognitivo-Comportamental do Instituto Neurológico de São Paulo e da Unichristus (Fortaleza – CE).

**Samila Sathler Tavares Batistoni** – Psicóloga (Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF), Mestre em Gerontologia (Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP) e Doutora em Educação (UNICAMP). Professora na Escola de Artes, Ciências e Humanidades da Universidade de São Paulo, nos cursos de Graduação e de Pós-Graduação em Gerontologia, e professora colaboradora no Curso de Pós-Graduação em Gerontologia da Unicamp.

**Sheila Giardini Murta** – Psicóloga, Mestre em Psicologia do Desenvolvimento Humano e Doutora em Psicologia Social e do Trabalho (Universidade de Brasília – UnB). Pós-Doutora pela Universidade Federal de São Carlos e Universidade de Maastricht (Holanda). Especialista em Análise Política e Políticas Públicas. Docente no Departamento de Psicologia Clínica e orientadora no Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura da UnB.

**Stéphanie Krieger** – Psicóloga (Universidade do Estado do Rio de Janeiro – UERJ) e Mestranda em Psicologia Social (UERJ). Possui formação em Terapia Cognitivo-Comportamental.

**Tatiana de Carvalho De Nardi** – Psicóloga (UFRGS), Mestre em Cognição Humana (PUCRS) e Doutora em Psicologia (PUCRS). Especialização em Psicoterapias Cognitivas (NEAPC). Coordenadora da área técnica da saúde do idoso – Secretaria Municipal de Saúde, e Conselheira titular do Conselho Municipal do Idoso de Porto Alegre, RS.

**Thirzá Baptista Frison** – Psicóloga, Especialista em Neuropsicologia (Conselho Federal de Psicologia), Mestre em Neurociências (Universidade Federal do Rio Grande do Sul). Sócia cofundadora da Bitácora – Centro de Neuropsicologia (Porto Alegre, RS).

**Wilson Vieira Melo** – Psicólogo, Mestre em Psicologia Clínica (PUCRS) e Doutor em Psicologia (UFRGS). Professor de Pós-Graduação, em nível de Especialização, em Terapia Cognitiva. Vice-Presidente da Federação Brasileira de Terapias Cognitivas – FBTC. Membro Fundador da Associação de Terapias Cognitivas do Rio Grande do Sul (ATC-RS) e Fundador do Instituto de Terapia Cognitiva do Rio Grande do Sul (ITC-RS) em Porto Alegre. Realizou o Treinamento Intensivo em Terapia Comportamental Dialética pelo The Linehan Institute Behavioral Tech (EUA).



# Sumário

<b>Prefácio .....</b>	<b>17</b>
<i>Anita Liberalesso Neri</i>	

---

## PARTE I

### **Avaliação Psicológica na Clínica com Idosos**

<b>1</b>	<b>Desenvolvimento na Velhice: Fundamentos para Psicoterapeutas .....</b>	<b>25</b>
<i>Arlete Portella Fontes</i>		
<b>2</b>	<b>Avaliação da Inteligência em Idosos e sua Contribuição para a Terapia Cognitivo-Comportamental.....</b>	<b>55</b>
<i>Elizabeth do Nascimento e Eliane Ferreira Carvalho Banhato</i>		
<b>3</b>	<b>Rastreo de Declínio Cognitivo e Processos Demenciais.....</b>	<b>85</b>
<i>Denise Mendonça de Melo</i>		
<b>4</b>	<b>As Escalas de Desesperança e Ideação Suicida e os Inventários de Ansiedade e Depressão de Beck .....</b>	<b>107</b>
<i>Irani I. de Lima Argimon</i>		
<b>5</b>	<b>Bem-Estar Psicológico na Clínica com Idosos: Avaliação e Intervenção .....</b>	<b>119</b>
<i>Eduarda Rezende Freitas, Altemir José Gonçalves Barbosa, Gabriela de Andrade Reis e Livia Batista Gomes</i>		

- 6 A Avaliação Psicológica do Sistema Familiar de Idosos na Prática Clínica e de Pesquisa..... 137**  
*Alessandra F. A. Assumpção e Maycoln L. M. Teodoro*
- 

**PARTE II**  
**Clínica com Idosos**

- 7 Aplicação da TCC Beckiana para Idosos ..... 155**  
*Irani I. de Lima Argimon e Fernanda Cerutti*
- 8 Terapia Comportamental Dialética em Pacientes Idosos ..... 169**  
*Wilson Vieira Melo, Adrian Pablo Fantini e Paula Castilho*
- 9 Aplicação da TCC de Esquemas com Idosos..... 189**  
*Eliane Mary de Oliveira Falcone, Stêphanie Krieger e Monique Gomes Plácido*
- 10 Terapia Cognitivo-Comportamental no Tratamento dos Sintomas de Ansiedade em Idosos..... 207**  
*Tatiana de Carvalho de Nardi, Rodrigo Grassi-Oliveira e Analuiza Camozzato de Pádua*
- 11 Terapia Cognitivo-Comportamental para Bipolares Idosos ..... 231**  
*Roseli Lage de Oliveira e Mariângela Gentil Savoia*
- 12 Terapia Cognitivo-Comportamental para Idosos com Depressão ..... 261**  
*Heloísa Gonçalves Ferreira e Samila Sathler Tavares Batistoni*
- 13 Reabilitação Neuropsicológica em Idosos ..... 287**  
*Thirzá Baptista Frison*
- 14 Competências de Terapeutas Cognitivo-Comportamentais de Idosos..... 305**  
*Gabriela de Andrade Reis e Altemir José Gonçalves Barbosa*

## PARTE III

## Além da Clínica Tradicional com Idosos

- 15 Educação para o Caráter: Proposta de Intervenção em Grupo com Idosos para Promover Forças e Virtudes ..... 329**  
*Eduarda Rezende Freitas, Altemir José Gonçalves Barbosa e Carmem Beatriz Neufeld*
- 16 Saúde Emocional na Velhice..... 353**  
*Samila Sathler Tavares Batistoni*
- 17 Promoção de Saúde no Envelhecimento: Contribuições da Terapia de Aceitação e Compromisso ..... 375**  
*Leonardo Martins Barbosa, Beatriz Rios Zanetti, Bruno Sanches dos Santos e Sheila Giardini Murta*
- 18 Lazer e Exercício Físico ..... 401**  
*Jéssica Sobrinho Teixeira e Maria Elisa Caputo Ferreira.*
- 19 Aspectos Laborais na Terceira Idade ..... 415**  
*Marina Gregghi Sticca e Flávia Luvizotto Alcântara de Pádua*
- 20 Intervenção com Cuidadores de Idosos: Contribuições da TCC ..... 429**  
*Márcia Cristina Nascimento Dourado*





# Prefácio

*Anita Liberalessio Neri*

A vulnerabilidade é uma dimensão presente ao longo de todo o desenvolvimento humano. Depois de uma longa e valorizada vida adulta, durante a qual atinge o ápice de suas possibilidades de domínio sobre si mesmo e sobre o ambiente, o ser humano declina, posto que o desenvolvimento é um empreendimento limitado. Perdas normativas em recursos biológicos de enfrentamento tornam-se cada vez mais evidentes, de modo especial nos sistemas nervoso, endócrino e imunológico, expondo o organismo aos efeitos adversos de estressores internos e externos. Parte das perdas e dos riscos associados ao envelhecimento é consequente à senescência e, assim, são de natureza normativa, ou seja, bastante previsíveis com relação à época de ocorrência e à duração. Entre as perdas e os riscos normativos associados ao envelhecimento podem ser citados: o declínio na velocidade de processamento da informação, que afeta funções cognitivas tais como a memória, a atenção e a fluência verbal; a diminuição de força muscular, que tem efeitos na energia, na disposição para a atividade e na mobilidade; as perdas sensoriais (por exemplo, em visão e em audição), que afetam a comunicação e a aprendizagem; as perdas hormonais, que determinam mudanças na capacidade reprodutiva e na sexualidade, e as relativas à imunidade, com reflexos sobre a susceptibilidade a doenças com início na vida adulta e na velhice. Em conjunto, essas mudanças afetam o funcionamento físico, cognitivo e socioemocional, criando um gradiente de condições

que vão desde um baixíssimo até um alto grau de adoecimento, incapacidade, dependência, inatividade, isolamento e depressão.

Outra classe de determinantes do desenvolvimento é aquela conhecida como influências normativas graduadas por história, que têm no tempo histórico vivido por cada coorte um importante correlato. Constituem exemplos dessas influências a maior exposição à osteoporose em mulheres que envelheceram em épocas em que a reposição hormonal não era uma prática corrente, ou pela exposição ao isolamento e à solidão em mulheres idosas que não puderam ter filhos, porque seu período fértil transcorreu em época de guerra, em que tiveram pouca chance de se casar. A aposentadoria e a perda de prestígio e de renda entre os idosos são claros exemplos de mudanças determinadas pelas instituições sociais, que, de forma característica em cada época e contexto, determinam a idade em que as pessoas podem e devem se aposentar, quanto ganharão, que direitos e deveres sociais terão e de que *status* desfrutarão. A prestação de cuidados de longa duração a maridos física e cognitivamente dependentes está crescendo de forma acentuada, devido a efeitos coorte: num cenário de longevidade crescente, mulheres com 65 anos ou mais são geralmente mais novas que os maridos, de quem devem cuidar por compromisso matrimonial, a despeito de terem doenças crônicas em número superior à população masculina da mesma idade.

Há uma terceira classe de influências, representada por eventos e condições cuja época de ocorrência é imprevisível, motivo pelo qual são vividos pelos idosos como raros ou idiossincráticos. São os eventos não normativos, exemplificados por acidentes, quedas, morte de filhos e adversidades que afetam a vida dos descendentes. O significado dos eventos normativos e não normativos de origem biológica e sociológica depende em grande parte da avaliação cognitivo-emocional realizada pelos idosos. Eles o fazem com base em seus recursos intelectuais e de personalidade e nos valores sociais vigentes em seu tempo, de tal forma que até mesmo eventos previsíveis, como o cuidado ao parceiro, podem ser vividos como inesperados. Dada sua imprevisibilidade e incontrolabilidade, os eventos não normativos tendem a gerar maior desafio aos recursos dos indivíduos e grupos do que os normativos, pois, geralmente, não estão preparados

para sua ocorrência. Como regra geral, na velhice, tanto as influências normativas como as não normativas tendem a se tornar cada vez mais negativas e a ameaçar cada vez mais as capacidades de adaptação.

Mesmo afetados por eventos normativos e não normativos negativos e excessivamente desafiadores aos seus recursos, os idosos podem recuperar-se dos efeitos das adversidades e voltar aos seus níveis basais de funcionamento físico e cognitivo e de bem-estar hedônico e eudaimônico. Tais desfechos são possibilitados pela interveniência das capacidades de reserva. As capacidades de reserva dizem respeito aos recursos biológicos e psicológicos latentes e à plasticidade, ambos dependentes da história de desenvolvimento de cada indivíduo. Plasticidade significa capacidade de mudar e de aprender. Como a plasticidade biológica e a cognitiva diminuem na velhice, a possibilidade de adaptação bem-sucedida dos idosos repousa largamente sobre seus recursos pessoais e suas capacidades de reserva.

Ao contrário do que vulgarmente se pensa, as capacidades de autorregulação do *self*, o bem-estar hedônico (satisfação e afetos positivos e negativos) e o bem-estar eudaimônico (autoaceitação, senso de domínio, autonomia, senso de crescimento pessoal, relações positivas com os outros e propósito) tendem a se manter na velhice. Atuam como importante recurso psicológico e mantêm relações mutuamente adaptativas com as características dos indivíduos (por exemplo, sua inteligência, sua personalidade, suas capacidades de enfrentamento e suas crenças sobre si mesmo) e aspectos de seu ambiente (como conflitos e preconceitos, oportunidades educacionais, para o lazer e para os cuidados à saúde).

O psicoterapeuta que vai envelhecer nas próximas décadas deverá ter um amplo preparo não apenas no seu ofício, mas na leitura das tendências sociais e culturais e na apreensão da capacidade da Psicologia de captar essas mudanças. Dessa competência dependerá sua flexibilidade para lidar com uma velhice que continuará mudando, agora no rumo da expansão da longevidade até limites próximos aos da máxima duração da vida humana, previstos pela genética e pela biodemografia.

A presença deste texto introdutório seria impensável num livro de Psicologia do Desenvolvimento, de Psicologia Clínica ou da Personali-

dade de 50 ou 60 anos atrás, porque o pensamento dominante era que havia muito pouco a fazer com relação a promover mudanças intelectuais, emocionais ou motivacionais em idosos. O envelhecimento bem-sucedido de psicólogos nascidos no início do século XX (e por isso contemporâneos de teorias baseadas no paradigma organicista aplicado ao desenvolvimento humano) desmentiu os pressupostos vigentes de velhice como doença; de falta de plasticidade e de ausência de reservas de desenvolvimento nos anos mais avançados de vida humana; de homogeneidade entre os idosos e de afastamento na velhice. Num contexto em que os velhos modelos provaram-se pouco úteis, foi necessário criar novos métodos de pesquisa e de intervenção, que serviram como alicerces para uma nova Psicometria; uma nova Psicologia com ares multi e interdisciplinares; uma Psicologia positiva do envelhecimento; intervenções comportamentais na demências, nas dependências e na inatividade; técnicas cognitivo-comportamentais para lidar com demências e declínio cognitivo leve, crenças sociais, autocrenças, pensamentos irracionais, os chamados distúrbios psiquiátricos; e intervenções comportamentais visando autorregulação cognitivo-emocional, na presença de eventos de vida estressantes, de eventos críticos e de outras questões geradas por estímulos ambientais e autogerados.

O livro que tenho a honra de apresentar ao especialista e ao estudante brasileiro de Psicologia do Envelhecimento, de Psicologia Clínica e de Terapias Cognitivo-Comportamentais em Psicologia reflete vultuosas mudanças socioculturais, populacionais, históricas e epidemiológicas ocorridas primeiro nos países desenvolvidos e mais recentemente no Brasil, as quais mudaram a face das formas de conviver, das categorias etárias, das famílias, da velhice, das instituições sociais e da própria Psicologia. A obra reflete não menos importantes tendências de mudança paradigmática em Psicologia, sendo a principal delas a que admite a possibilidade de promoção de mudanças comportamentais em idosos. O jovem leitor e estudante poderá desfrutar da leitura dos textos sentindo o sabor de contemporaneidade conferido pela atualidade das fontes citadas, mas terá numerosas chances de encontrar menções às raízes teóricas das terapias cognitivo-comportamentais.

Chama a atenção no livro a liberdade na escolha dos temas, que permitiu a inclusão de textos claros e didáticos sobre fundamentos da terapia cognitivo-comportamental aplicada a idosos (Capítulo 1, 7, 8 e 9), ao lado de outros sobre construção, validação e crítica de instrumentos de avaliação psicológica no âmbito da inteligência, das demências, da afetividade, do bem-estar psicológico e do sistema familiar (capítulos 2, 3, 4, 5 e 6), de descrições de procedimentos de intervenção sobre condições específicas e competências de terapeutas (capítulos 5, 7, 8, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 17 e 20) e de capítulos que contemplam aspectos específicos da adaptação dos idosos (capítulos 16, 18 e 19, complementando os capítulos iniciais).

Cumprimento os organizadores da coletânea pela escolha dos temas e dos colaboradores, pela estrutura e pela homogeneidade da obra. Cumprimentos extensivos aos autores pela alta qualidade de suas respectivas contribuições.





## PARTE I

# Avaliação Psicológica na Clínica com Idosos





# Desenvolvimento na Velhice: Fundamentos para Psicoterapeutas

*Arlete Portella Fontes*

## INTRODUÇÃO

O trabalho clínico com idosos pode envolver uma complexa interação de fatores abrangendo: o curso de vida; a coorte (grupos de pessoas que nasceram em períodos similares, refletindo experiências compartilhadas) a qual pertence o idoso; as perspectivas; as crenças; o contexto familiar, com suas peculiaridades sobre compromissos e obrigações; as doenças, em especial, as neurodegenerativas; as comorbidades; os déficits cognitivos e sensoriais; sem contar os fatores sociodemográficos, como a idade, gênero, renda e culturais; além daqueles específicos voltados à demanda de cuidado, em função do aumento da expectativa de vida, que vêm caracterizando os tempos modernos. O acompanhamento do desenvolvimento do idoso envolve conhecer aquelas mudanças que são comuns à maioria deles, caracterizando os padrões normativos de envelhecimento, como, também, aqueles não normativos, que os torna heterogêneos e diferenciados.

A *American Psychological Association* (Barclay, 2004) apresenta um guia de orientação sobre as práticas psicológicas com idosos, acentuando a necessidade de que os psicólogos sejam encorajados a desenvolver competências para avaliá-los e acompanhá-los em situações de crise ou de estresse, de tal forma a promover sua adaptação, particularmente, durante a

convivência com doenças crônicas e incapacidades. O documento destaca as mudanças relacionadas ao envelhecimento biológico, caracterizado por perdas sensoriais e psicomotoras (atenção, controle motor, capacidade de lidar com situações complexas), memória, aparência física, composição corporal, níveis hormonais, sistema imunológico, além de aumento da suscetibilidade à doença, com impactos sobre a saúde.

A capacidade funcional dos idosos é um aspecto central de sua autonomia, envolvendo a integridade física, a capacidade de realizar as atividades da vida diária, a função cognitiva, as atitudes em relação a si mesmo, a vida emocional e social e o exercício de papéis (Neri, 2010). Envolve três tipos de atividades: as atividades básicas da vida diária (ABVD), as atividades instrumentais da vida diária (AIVD) e as atividades avançadas da vida diária (AAVD). As ABVD são aquelas relacionadas ao autocuidado, como alimentar-se, ter continência urinária, locomover-se, tomar banho, vestir-se, utilizar o banheiro. As AIVD relacionam-se com funções mais complexas, como usar o telefone, usar o transporte, tomar remédios, usar o dinheiro e fazer compras, preparar refeições, realizar tarefas domésticas. As AAVD englobam funções físicas e sociais, de caráter voluntário, que ocorrem no ambiente social amplificado. Referem-se a atividades como trabalhar, viajar, participar de grupos sociais, religiosos e políticos, além de atividades manuais, como artesanato, pintura, bordado, jardinagem, entre outras (Ribeiro et al., 2013).

De um ponto de vista clínico, a capacidade funcional do idoso é dada pela quantidade de ajuda instrumental de que ele necessita para realizar suas atividades, podendo a incapacidade funcional ser graduada em níveis leve, moderado e grave, conforme o número de atividades afetadas. As ABVD tendem a conservar-se até os anos avançados da velhice, a menos que ocorram danos graves à saúde e à cognição (Ribeiro et al., 2013). A interrupção de AAVD é um indicador precoce de perda funcional, embora não seja suficiente para caracterizar a incapacidade funcional ou dependência. A incapacidade funcional associa-se à hospitalização, institucionalização e morte, sem levar em consideração idade, sexo e a presença de outras afecções (Zaitune, 2011). Os aspectos relativos às mudanças na capacidade funcional po-

dem trazer tensão e ansiedade tanto para o idoso como para os familiares envolvidos com o cuidado.

Além dos aspectos físicos, a capacidade funcional refere-se ao *status* cognitivo. Caracterizadas por danos cognitivos, funcionais e comportamentais, as demências degenerativas e vascular têm se transformado em um problema de saúde pública e sua prevalência aumenta com a idade, sendo de 1 a 5% aos 65 anos, 20% aos 80 e 45% em indivíduos acima de 90 anos (Damasceno, 2011). Uma revisão de literatura relativa à prevalência de transtornos mentais na população adulta brasileira encontrou índices que variavam de 20 a 56%, acometendo principalmente mulheres e trabalhadores (dos Santos & de Siqueira, 2010). O transtorno mental comum em idosos, avaliado pelo SRQ-20 (*Self Reporting Questionnaire-20*), em um estudo de corte transversal, em um inquérito de saúde na Cidade de Campinas, envolvendo 1520 idosos, encontrou uma prevalência de 29,7%, significativamente mais elevada no sexo feminino, nos idosos com 80 anos ou mais, menor renda, que não trabalhavam, sedentários, que avaliaram sua saúde como ruim/muito ruim e com maior número de doenças crônicas. No envelhecimento normal, a depressão e a ansiedade costumam acompanhar os déficits cognitivos, podendo levar a dificuldades para se fazer um diagnóstico diferencial (Damasceno, 2011).

Um modelo de treinamento de psicogerontólogos (Knight, Karel, Hinrichsen, Qualls, & Duffy, 2009) enfatiza que o profissional que atua com idosos tem que ter raízes assentadas na psicologia do desenvolvimento ao longo da vida, o que inclui conhecer: o seu desenvolvimento biológico, psicológico e social, bem como o impacto dos problemas de saúde e das perdas neurológicas sobre o curso de vida, com foco nas alterações cognitivas e da capacidade funcional; as mudanças normativas e relativas à psicopatologia que conduzem à necessidade de métodos específicos para avaliação de idosos; e, por fim, aspectos contextuais e de coorte que possam sustentar intervenções efetivas com os idosos. Com relação ao envelhecimento cognitivo é importante salientar que fatores relacionados ao estilo de vida como a hipertensão, o diabetes, o cigarro, as doenças cardíacas e a obesidade aumentam o risco para o desenvolvimento de doenças neurodegenerativas, como a doença de Alzheimer (Barnes & Yaffe, 2011).

Do ponto de vista do desenvolvimento, os paradigmas de ciclo de vida, de curso de vida e de desenvolvimento ao longo da vida (*life-span*) são os de maior influência, hoje, sobre a Gerontologia para analisar o desenvolvimento e o envelhecimento (Baltes, 1987). Levam em conta a multidirecionalidade, a plasticidade, a historicidade e a contextualidade, além da causalidade múltipla que caracterizam o processo de envelhecimento, implicando em ganhos e perdas (Baltes, 1987). O envelhecimento requer para sua compreensão uma perspectiva interdisciplinar, envolvendo principalmente a Psicologia, a Biologia e as Ciências Sociais, apoiando-se em estudos transversais e no uso de novos métodos de investigação, por exemplo, o de coortes sequenciais (Neri, 2014).

Esse capítulo propõe-se a desenvolver dois objetivos. O primeiro deles é o de apresentar os principais aspectos do envelhecimento, em especial, aqueles relacionados às mudanças psicossociais que o caracterizam. Para isso, elegeu-se um conjunto de conceitos relativos ao desenvolvimento, considerados relevantes para a atuação de psicoterapeutas, no âmbito de suas práticas. Tais conceitos são apresentados a seguir. Um segundo objetivo é descrever o impacto que tais conceitos têm sobre as práticas clínicas com enfoque cognitivo-comportamental, bem como os ajustes necessários ao atendimento ao público idoso.

## CONCEITOS RELEVANTES PARA COMPREENSÃO DO ENVELHECIMENTO

### Ciclo de vida

O termo ciclo de vida, cuja utilização é anterior aos conceitos curso de vida e *life-span* (desenvolvimento ao longo da vida), é utilizado pela Psicologia para fazer referência a uma sucessão de fases ou idades do desenvolvimento individual, em particular na infância e na adolescência, desdobrando-se em estágios que refletem diferentes perspectivas teóricas para explicar as facetas do desenvolvimento humano (Neri, 2014).

Na Gerontologia, autores como Erikson (1998) utilizam o conceito de ciclo de vida. Ao descrever o ciclo de vida são salientadas as crises psicossociais que acompanham cada uma das idades, bem como o valor ou a qualidade psicológica resultante de suas resoluções. Quando adulto jovem, o indivíduo deixa a casa paterna, busca o primeiro trabalho, tem várias experiências amorosas, procurando firmar seus relacionamentos, por meio do desenvolvimento da qualidade do amor, algumas vezes buscando parceria, outras se isolando.

Na maturidade, o estágio de geratividade refere-se à capacidade de o adulto envolver-se ativamente com os compromissos de sua geração e corresponde a um período longo, com duração aproximada de trinta anos, nos quais ele se dedica aos compromissos para consolidar família, trabalho e a uma vida ativa e prazerosa. Nessa etapa de vida, a função de cuidar adquire relevância, quer pelos cuidados associados aos descendentes, quer por aqueles associados aos pais, genros e parentes que estão envelhecendo. Ao final da maturidade, o indivíduo pode sentir necessidade de diminuir suas atividades e intensidades, retraindo-se um pouco, diminuindo suas metas expansionistas e buscando objetivos que lhe permitam maior acomodação, dando lugar às revisões de vida e de seus significados. (Erikson, 1998).

Na velhice, o idoso liberta-se do papel de cuidador e a crise psicossocial se dá entre perceber-se inteiro e saudável e ficar desesperado ou desgostoso diante de sucessivas perdas sensoriais, cognitivas e afetivas associadas ao envelhecimento. Apesar disso, muitos podem encarar o envelhecimento com satisfação, como promessa de descanso, mas sem se afastar totalmente dos compromissos com sua geração, deixando aos mais jovens sua experiência e conhecimento. Nesta etapa, a sabedoria aparece como qualidade (Erikson, 1998).

O construto sabedoria tem sido alvo de pesquisa e de formulação de teoria – sendo Baltes um de seus maiores representantes (Baltes & Smith, 1995) – dentro da perspectiva do desenvolvimento ao longo da vida. A sabedoria é caracterizada como um sistema de conhecimento especializado, que envolve julgamento e aconselhamento excelentes no domínio da pragmática fundamental da vida, ou seja, em relação a assuntos importantes da

vida, mas, controvertidos. Envolve, basicamente, decisões que devem levar em conta a natureza de eventos típicos da vida (por exemplo, o casamento); a vulnerabilidade, as emoções e as decisões (como o amor, o senso de *self*, a saúde); o planejamento, manejo e a revisão de vida (estratégias de busca de informações, tomada de decisão e aconselhamento), considerando-se múltiplos contextos (etário, sociocultural e idiossincrático); várias temáticas (família, trabalho, educação e lazer); além de incluir certo grau de incerteza a respeito de aspectos vitais e o reconhecimento de estratégias para lidar com eles, que levem em conta soluções não acabadas, otimização de ganhos e perdas, além da imprevisibilidade do futuro (Baltes & Smith, 1995).

A sabedoria não é considerada qualidade exclusiva da velhice, mas pode-se dizer que um idoso tem atitudes sábias quando tem um ponto de vista coerente sobre a própria existência e a morte, sendo capaz de compreender seus significados, capaz de autoaceitação e quando se esforça para deixar um legado para as gerações mais jovens. Os idosos sábios são culturalmente importantes porque neles está depositada a herança cultural de um grupo, suas memórias são fontes de conhecimento e seus aprendizados atuam como modelos para os mais jovens.

## **Paradigma de curso de vida**

Nos anos 1960 e 1970 surge um novo paradigma sociológico do curso de vida que vem inovar o paradigma então existente, baseado em idades, ao substituir o conceito de processos ontogenéticos e a idade como determinantes do desenvolvimento humano pelo conceito de construção social das idades (Neri, 2011b, 2014). Indivíduo e ambiente social são vistos como entidades mutuamente influentes e coparticipantes no processo de construção da trajetória de desenvolvimento individual e de diferentes coortes. A trajetória de desenvolvimento deixa de ser organizada pela idade cronológica e pelas crises evolutivas e é substituída pela ideia de que as trajetórias no âmbito da família, do trabalho, da educação, da saúde e do funcionamento físico são moldadas pelas instituições sociais.

Dentro da perspectiva do curso de vida há uma interessante metáfora – a do relógio social, criada por Neugarten (1969) – para descre-

ver os mecanismos de temporalização do curso de vida individual. Para a autora, os indivíduos e coortes internalizam esse relógio que serve para regular o senso de normalidade, de ajustamento, de pertencimento a um grupo etário ou a uma geração. Dessa forma, os papéis e posições sociais que vigoram em cada uma das sociedades interagem com as restrições e permissões legais para as diferentes idades, gêneros, classes sociais, etnias e decisões individuais, resultando dessa interação o curso de vida individual. São de especial interesse os eventos de transição na vida da pessoa, que além de quebrar a estabilidade do desenvolvimento, contribuem para novas aquisições e mudanças. Os eventos normativos são aqueles que são esperados e prescritos pela cultura, por exemplo, a menopausa, o casamento e a aposentadoria e, que, por serem esperados ou permitirem socialização antecipatória ou ressocialização possibilitam uma acomodação menos estressante a eles. As transições normativas exigem menor esforço para adaptação do que as transições não normativas. Essas últimas, por ocorrerem mais raramente, e não serem esperadas, têm impacto emocional maior e exigem maior esforço para adaptação, sendo algumas vezes vividas de maneira solitária, como o caso de divórcios, desemprego ou ganhar na loteria (Neri, 2011b, 2014).

Segundo (Neri, 2011b), o paradigma do curso de vida ancora-se no processo de construção social do desenvolvimento adulto, no papel dos processos sociais, na construção do *self* e na natureza interpessoal da vida humana, ideias essas que tiveram forte impacto no delineamento do paradigma de desenvolvimento ao longo da vida (*life-span*), que se desenvolve na mesma época, como uma síntese das ideias até então predominantes, envolvendo conceitos organicistas, do curso de vida e dialéticos.

## Paradigma de desenvolvimento ao longo da vida

*Life-span* significa a duração da vida e diz respeito ao desenvolvimento humano como um processo que se dá desde o nascimento até a morte. Trata-se de um paradigma que vai se delineando gradativamente há cerca de mais de um século e que vem substituir o paradigma de ciclos de vida, até então dominante na Psicologia do Desenvolvimento. O enve-

lhecimento das populações de vários países da Europa e Estados Unidos criou um fato novo para psicólogos, cientistas sociais e epidemiologistas. O fato de que as pessoas podem envelhecer de uma forma saudável, ativa, com a cognição preservada e um grau considerável de participação social. Essa condição trouxe a necessidade de investigação de quais fatores contribuíam para possíveis trajetórias de envelhecimento (Neri, 2014).

O *Seattle Longitudinal Study*, iniciado em 1955, avaliou as capacidades mentais primárias envolvendo 5.000 adultos, nascidos entre 1889 e 1996, com idade de 22 e 77 anos no momento em que os grupos foram avaliados. Suas contribuições foram muito importantes para a construção da ideia de que o desenvolvimento do idoso, em especial o cognitivo, é heterogêneo, além de ser multidirecional, multidimensional e não linear. Os aspectos essenciais apontados por esse estudo foram: 1) As capacidades fluídas, incluindo a memória de trabalho (capacidade de reter uma informação enquanto se realiza uma atividade), memória episódica (explícita lembrança de eventos), raciocínio, orientação espacial e velocidade perceptual, declinam precocemente e com ritmo mais rápido em relação às capacidades cristalizadas – que têm influência da cultura (compreensão e fluência verbal, memória semântica, leitura e escrita) –, sendo menos sujeitas à variabilidade entre os indivíduos, pois dependem mais de fatores fisiológicos do que culturais; 2) A capacidade numérica seguida pela velocidade perceptual são as que atingem nível mais baixo aos 80 anos, sendo que a capacidade verbal e o raciocínio indutivo são as capacidades que menos pioram entre 25 e 80 anos; 3) O declínio de todas as capacidades acentua-se depois dos 80 anos; 4) O declínio intelectual que acompanha o envelhecimento parece ser resultado da perda de velocidade de processamento da informação; 5) O declínio das capacidades cristalizadas (aquelas que dependem da educação, incluindo os conhecimentos especializados, o raciocínio matemático, a criatividade, a sabedoria) comporta expressiva variabilidade entre os indivíduos, pois está associado à influência de variáveis motivacionais e culturais (Neri, 2011b).

Os dados do *Seattle Longitudinal Study* foram confirmados pelo Berlin Aging Study, um estudo realizado com 1.908 idosos, envolvendo



coortes sequenciais de idosos de 70 a 105 anos, tendo início no ano de 1994 e se estendendo até 1998. As capacidades da inteligência cristalizada mantiveram-se estabilizadas até os 80 anos, passando, então, a declinar. Foi observado declínio linear da inteligência fluída (em velocidade perceptual, inteligência geral e compreensão) ao longo das coortes. A capacidade de aprender (excetuando-se os casos de demência) manteve-se. Os desempenhos menos competentes foram mais associados ao funcionamento sensorio-motor e equilíbrio, relacionados à inteligência fluída e os menos competentes relacionados à inteligência cristalizada estiveram fortemente associados a piores condições de educação, prestígio social, classe social e renda, mostrando o impacto das experiências educacionais e profissionais sobre o desempenho intelectual (Neri, 2011b).

As principais proposições do paradigma *life-span* são sintetizadas por Baltes (1987). Dentre elas, destacam-se:

- As trajetórias individuais e de cada coorte são determinadas por um conjunto específico de circunstâncias ou condições definidas pelo tempo e lugar. Durante o curso de desenvolvimento os seres humanos influenciam e são influenciados por eventos genético-biológicos, socioculturais e psicológicos. Eles não apenas respondem ao ambiente, mas interagem com ele e o modificam.
- Multidirecionalidade: o desenvolvimento envolve um equilíbrio entre o crescimento e o declínio, havendo sobreposição entre os vários aspectos do desenvolvimento. Num mesmo período as mudanças podem significar crescimento num determinado domínio e declínio em outro. Algumas habilidades podem aparecer, como a maior complexidade da resposta emocional, outras se mantêm, por exemplo, a manutenção do vocabulário, a memória de procedimentos (capacidade de recordação de uma série de procedimentos que compõem determinada habilidade, como a habilidade de dirigir um veículo). Outras podem declinar, por exemplo, a memória (em especial a imediata), a capacidade de resolver novos problemas e a rapidez para processar uma informação.
- Plasticidade comportamental: a possibilidade de mudar-se para se adaptar ao meio diminui na velhice. Embora muitas habilidades

possam ser significativamente modificadas com treinamento e prática, o potencial para a mudança é limitado. O desenvolvimento é um processo finito, condicionado por influências genético-biológicas. Tais influências determinam que na velhice o idoso seja cada vez mais dependente dos recursos do ambiente.

- Perdas e ganhos: o desenvolvimento envolve equilíbrio entre perdas e ganhos. A proporção entre eles está sujeita às alterações ao longo da vida. Na infância predominam os ganhos, na velhice as perdas evolutivas.
- Os mecanismos de autorregulação da personalidade (dentre eles a regulação emocional e as estratégias de enfrentamento) mantêm-se intactos durante a velhice e garantem a continuidade do funcionamento psicossocial do idoso e do bem-estar subjetivo, mesmo na presença de doenças e incapacidades.

O paradigma de desenvolvimento ao longo da vida é hoje o mais influente dentro da Psicologia do Envelhecimento e da Psicologia do Desenvolvimento (Neri, 2014) e dá o embasamento para o desenvolvimento de conceitos como o de Seleção, Otimização e Compensação – SOC –, resiliência, bem-estar subjetivo e satisfação com a vida, que serão detalhados a seguir.

### **Mecanismos de seleção, otimização e compensação de perdas e ganhos**

Baltes (1997) propõe a arquitetura do desenvolvimento humano como incompleta, oscilando entre perdas e ganhos, envolvendo componentes da biologia e da cultura. Descreve três princípios para explicar essa oscilação. Primeiro, a plasticidade e o potencial biológico decrescem com a idade, por exemplo, a capacidade cognitiva declina com o envelhecimento. Em segundo lugar, a estabilidade e o acréscimo caracterizam a outra face do desenvolvimento, incluindo os recursos sociais, psicológicos, materiais e simbólicos que os humanos geram e que são transmitidos através das gerações, significando níveis mais

acurados de funcionamento e linguagem e envolvem os diferentes artefatos da cultura, entre elas as tecnologias de saúde, que permitem o aumento da expectativa de vida. Em terceiro lugar, embora a plasticidade neuronal continue a existir ao longo do curso de vida, com a idade seu escopo de eficiência é reduzido. Desse modo, as capacidades únicas do ser humano de autorreflexão e de agência (Bandura, 1997) constituem os recursos-chave para a reconstituição, a manutenção e, à vezes, até mesmo a adaptação. Com base nesses recursos, o *self* desempenharia uma função superior e única de orquestrar os ganhos e perdas nos vários domínios do funcionamento humano por meio de mecanismos de autorregulação (Bandura, 1997; Staudinger, Marsiske, & Baltes, 1993).

Na literatura gerontológica, são apontados modelos para explicar como se dá o equilíbrio entre as perdas e os ganhos, tendo como finalidade o envelhecimento bem-sucedido (Carstensen, 1995; Leipold & Greve, 2009; Neri, 2014; Staudinger et al., 1993). Um desses modelos é o de Seleção, Otimização e Compensação – SOC (Baltes & Baltes, 1990) –, que sugere que, ao longo da vida, o desenvolvimento bem-sucedido pode ser caracterizado por uma estratégia de otimização seletiva com compensação. Dentro do modelo SOC as estratégias de seleção dão direção ao comportamento, podendo eleger com base em normas sociais quais competências são importantes para garantir o funcionamento adequado, apesar da perda de um recurso interno (por exemplo, a audição) ou externo (o dinheiro). Por exemplo, um indivíduo maduro pode priorizar exercer funções de professor, mentor ou consultor em atividades para as quais não tem mais exímio desempenho. A compensação envolve o uso alternativo de estratégias que permitem a manutenção de um determinado nível de funcionamento, face ao decréscimo atual ou antecipado de um recurso. Pode envolver, por exemplo, a substituição de recursos, como o uso de um aparelho auditivo ou de um andador, apoiar-se na ajuda de outros ou buscar ajuda psicoterapêutica em situações de estresse. A otimização envolve além da aquisição e do uso, também o refinamento de recursos para alcançar os objetivos de vida. Como exemplos de estratégias de otimização, podem-se citar a modelação, ou seja, a aprendizagem de novas habilidades e comportamentos

através de experiências bem-sucedidas de outros, ou a habilidade de gerenciar o tempo ou a motivação para o autodesenvolvimento.

## **Resiliência psicológica e velhice**

O conceito de resiliência acha-se inserido no contexto de envelhecimento bem-sucedido. Um das definições usualmente conhecidas para se avaliar o envelhecimento bem-sucedido é a medida utilizada por Rowe e Kahn (1997), que contempla: ausência de doenças, incapacidade e fatores de risco; manutenção do funcionamento físico e mental e; envolvimento ativo com a vida. Tais medidas levam em conta fatores objetivos para caracterização do envelhecimento bem-sucedido. De fato, a saúde objetiva é considerada um recurso adaptativo para pessoas de todas as idades, graças a sua importância para a atividade, as competências comportamentais, a produtividade, a participação social e o autocuidado (Neri, Eulálio, & Cabral, 2013). No entanto, medidas subjetivas de saúde têm sido associadas ao envelhecimento bem-sucedido, como o ajustamento físico e psicológico, o bem-estar subjetivo, o uso de estratégias efetivas para equilibrar ganhos e perdas, bem-estar emocional e pessoal, a continuidade da produtividade e da atividade, a capacidade de novos aprendizados (Baltes & Smith, 2006).

O conceito de envelhecimento bem-sucedido recebeu muitas críticas devido a seu conteúdo ideológico e por suas associações com dinheiro e status social. No entanto, apesar das tentativas de substituí-lo por outros, como envelhecimento saudável, ativo e produtivo, o conceito tem sido utilizado como um amplo guarda-chuva que abriga diferentes modalidades de envelhecer bem (Neri, 2014).

O termo resiliência foi utilizado inicialmente pela física para fazer referência à capacidade de um corpo deformado voltar à sua forma original, depois de ter sido submetido a uma tensão causadora de deformação elástica (Ferreira & BHF, 1999). Foi incorporado pela Medicina, Psicologia, Psiquiatria e Psicopatologia para significar a capacidade de resistir a estressores como doenças, dificuldades socioeconômicas, mortes de descendentes, viuvez, incapacidade. Inicialmente, em estudos envolvendo

crianças e famílias disfuncionais, foi definido como fator de proteção em relação às desordens psicóticas, fazendo menção às qualidades pessoais como maior autoestima, autoeficácia, habilidades para resolver problemas e maior satisfação com as relações interpessoais (Rutter, 1987).

Para autores como Wagnild e Young (1993), a resiliência é tida como um traço de personalidade que modera os efeitos adversos do estresse, promovendo a adaptação. Dentro da abordagem *life-span*, refere-se a um padrão adaptativo que conduz à adaptação, por meio da plasticidade e da utilização de capacidades de reserva (notadamente as cognitivas), quando diante de estressores e de tarefas de desenvolvimento (Beutel, Glaesmer, Decker, Fischbeck, & Brahler, 2009; Staudinger et al., 1993).

Windle, Markland e Woods (2008) definem resiliência como um amplo guarda-chuva que abriga características, como competências pessoais, autoestima e controle interpessoal, capazes de promoverem a adaptação. O conceito de resiliência, segundo Nygren, Norberg, e Lundman (2007), tem também o significado de força interna e de autotranscendência, ou seja, capacidade de projetar-se além de si mesmo, em direção ao altruísmo, a uma obra à qual se dedica, a uma pessoa a quem ama ou a Deus, de acordo com Frankl (1985). Abrange conteúdos, como: 1) Sentir-se competente, mesmo aceitando a ajuda de outros; 2) Olhar para o lado luminoso da vida, sem esconder o lado sombrio; 3) Ser ativo, mas, também, relaxado; 4) Ser o mesmo, ainda que com nova aparência; 5) Viver conectado ao presente, mas, também, ao passado e ao futuro (Nygren et al., 2007).

A adaptação positiva pressupõe a capacidade de atenuar os efeitos deletérios do estresse, a recuperação rápida, a contenção de consequências negativas e a busca de consequências positivas (Hardy, Concato, & Gill, 2004), bem como a continuidade aos processos de adaptação e desenvolvimento do organismo, constituindo-se a resiliência uma ponte entre os processos de enfrentamento e a adaptação e o desenvolvimento (Leipold & Greve, 2009).

Uma revisão de literatura internacional e nacional realizada no período de 2007 a 2013, utilizando os descritores *resilience*, *psychological resilience* e *aging*, resiliência e velhice, e idosos e velhos, encontrou 53 arti-

gos na literatura internacional (PubMed e PsychInfo) e 11 na nacional (SciELO e Pepsic) (Fontes & Neri, 2015). Os artigos internacionais foram analisados e categorizados como recursos pessoais (por exemplo, a autoestima, a extroversão, o otimismo) e sociais (como, os laços afetivos, a integração à comunidade), regulação emocional (por exemplo, afetos negativos e positivos, intensidade dos estressores) e indicadores de envelhecimento bem-sucedido (como qualidade de vida, autoavaliação de saúde, satisfação com a vida) e medidas de resiliência. Os artigos nacionais foram categorizados como recursos pessoais e sociais, resiliência em cuidadores e artigos de revisão teórica. O conceito abrange a multiplicidade de fatores de risco, por exemplo, as doenças, mortes, depressão, instabilidade financeira, incapacidade e conflitos interpessoais, como, também, recursos que envolvem características pessoais e sociais, que em interação resultam na adaptação positiva e no desenvolvimento ao longo da vida.

Dentre os recursos pessoais, estão: os mecanismos de autorregulação do *self*, como a regulação emocional, as estratégias de enfrentamento do estresse e a comparação social com os de mesma idade; os indicadores de bem-estar subjetivo, como a satisfação com a vida e a autoavaliação de saúde (ou avaliação subjetiva de saúde); e as crenças de autoeficácia (Neri, 2011a).

Quem são, portanto, os idosos resilientes? São aqueles que regulam suas emoções, recuperam-se rapidamente de um evento adverso, buscam consequências positivas para suas ações, têm características pessoais favoráveis, como os otimistas e os persistentes, têm uma crença em Deus ou alguma divindade, rezam, fazem avaliações positivas da vida, se sentem satisfeitos com a vida, mantêm relações positivas com os outros, usam um enfrentamento ativo diante das dificuldades, exibem menos sintomas depressivos e fazem mais autoavaliações positivas de sua saúde (Fontes, 2015).

No entanto, há um limite para a capacidade de adaptação. Diante da progressão das doenças neurodegenerativas, com perdas da função cognitiva, há que se considerar que o idoso fica impossibilitado de utilizar recursos de resiliência. A resiliência pressupõe a capacidade de se utilizar reservas cognitivas (Staudinger et al., 1993), que se acham prejudi-

cadaveras em doenças, como as demências. Nessa condição, o idoso fica impossibilitado de lidar com seus problemas e regular suas emoções.

## Resiliência psicológica e regulação emocional

A vulnerabilidade psicológica diminui ao longo da vida podendo ser interpretada como um aumento da capacidade de adaptação dos mais velhos, mesmo em face das adversidades e perdas, que caracterizam a última fase do curso de vida (Gatz, 1998). A diminuição da vulnerabilidade psicológica associa-se à capacidade de regular as emoções, que vem sendo apontada como um dos componentes centrais da resiliência (Kessler & Staudinger, 2009).

A seguir apresentamos um resumo das principais características da regulação emocional no idoso.

- Idosos podem sentir as mesmas emoções que um adulto jovem. A qualidade daquilo que é experienciado não se modifica na velhice. O que se modifica é a acurácia com que são percebidas as emoções. São observados declínios da acurácia de percepção de emoções como tristeza, medo ou raiva, a partir dos 30 anos; de reconhecimento de emoções expressas em diálogos e um maior tempo de reação aos estímulos emocionais, com exceção dos estímulos que ameaçam provocando medo (S. G. Charles, 2011).
- Há um aumento da ativação da amígdala (responsável pelo processamento da emoção) diante de imagens positivas em relação às negativas, em comparação com os adultos mais jovens (há uma maior ativação de regiões pré-frontais mediais e do córtex orbital/ventromedial) (Mather & Carstensen, 2005).
- Os idosos exibem um viés de positividade, ou seja, suas lembranças comportam mais estímulos positivos do que negativos. Além disso, reconstroem suas memórias de maneira mais positiva (Mather & Carstensen, 2005).
- A resposta emocional do idoso caracteriza-se pela complexidade, onde se combinam emoções positivas e negativas, tornando-se mais branda e acomodativa (Davis, Zautra, Johnson, Murray, & Okvat, 2007).

- A velhice é associada a poucos estressores, redução de afetos negativos, menores níveis de ansiedade e depressão maior, maior satisfação com a vida e maior otimismo (S. T. Charles & Carstensen, 2010; Larcom & Isaacowitz, 2009). Mas, não é associada a um aumento dos afetos positivos. Os idosos podem apresentar emoções positivas (com menor excitabilidade) enquanto que os mais jovens apresentam menor nível de emoções positivas, porém com maior excitabilidade (Kessler & Staudinger, 2009).
- Aqueles com depressão, ansiedade e maior neuroticismo têm maior dificuldade para regular suas emoções (Larcom & Isaacowitz, 2009).
- A regulação emocional e os processos cognitivos são processos relacionados, tais como nos AVC's e depressão, onde a capacidade de regular as emoções encontra-se prejudicada, ou no declínio cognitivo e redução do efeito da positividade, onde os déficits cognitivos podem contribuir para uma visão mais negativa da realidade (Mather & Carstensen, 2005).

## **Resiliência, estratégias de enfrentamento de estresse e indicadores de bem-estar subjetivo**

A resiliência, enquanto capacidade de regular as emoções e enfrentar as adversidades, tem sido associada a vários conceitos gerontológicos, dentre eles o envelhecimento bem-sucedido, o bem-estar subjetivo, a satisfação com a vida e a autoavaliação de saúde. O bem-estar subjetivo, tido como um fator de proteção frente às condições adversas, sejam elas biológicas, como as doenças crônicas, ou sociais, como condições sociais ou econômicas desiguais (Ryff, Friedman, Morozink, & Tsenkova, 2012), apresenta considerável estabilidade ao longo da vida (Diener, Suh, Lucas, & Smith, 1999). Envolve o equilíbrio entre os afetos positivos e negativos que resultam na satisfação com a vida. Traços psicológicos como alta extroversão e baixo neuroticismo são fortes pre-



ditores de bem-estar subjetivo. Emoções negativas, como hostilidade, raiva e ansiedade, e depressão também predizem baixos níveis de bem-estar subjetivo (S. T. Charles & Carstensen, 2010).

A autoavaliação de saúde e a satisfação com a vida são indicadores de bem-estar subjetivo. Avaliações negativas de saúde associadas à falta de energia constituem-se preditores de baixa resiliência (Gooding, Hurst, Johnson, & Tarrier, 2012). Resiliência associa-se a boa e excelente saúde percebida, poucos sintomas depressivos e independência nas atividades da vida diária em idosos da comunidade, com mais de 70 anos (Hardy et al., 2004).

Um estudo longitudinal (Gwozdz & Sousa-Poza, 2010) investigou o envelhecimento bem-sucedido e a satisfação com a vida ao longo do ciclo de vida, além de avaliar as relações entre autoavaliação de saúde e satisfação com a vida, entre idosos com mais de 75 anos. Observaram que a satisfação com a vida se mantém estável ao longo da vida e atinge níveis mais baixos entre 30 e 40 anos e entre os muito idosos. O avançar da idade aumenta o risco para doenças crônicas, incapacidade funcional, fragilidade e perdas afetivas, sendo alta a probabilidade de uma pior avaliação de saúde. A avaliação negativa de saúde tem reflexos para os níveis de satisfação e bem-estar subjetivo, além de reflexos para o autocuidado em saúde, a motivação para a atividade, as crenças de autoeficácia e os estados afetivos.

O uso de estratégias de enfrentamento do estresse pode ser utilizado como um indicador de resiliência. Tradicionalmente, as estratégias de enfrentamento são classificadas como focadas no problema ou na emoção (Folkman & Moskowitz, 2004). Como exemplos de estratégias focadas no problema, temos o planejamento e a administração do tempo. Já exemplos de estratégias com foco nas emoções são ficar triste, chorar e demonstrar hostilidade. No entanto, para utilizá-las como indicadores de resiliência é preciso avaliá-las do ponto de vista do quanto contribuem para a adaptação e o desenvolvimento (Fontes, 2015; Hildon, Montgomery, Blane, Wiggins, & Netuveli, 2010). Com esse propósito, realizou-se uma análise fatorial exploratória de um inventário de enfrentamento do estresse para idosos (Aldwin, 1994; Fortes-Burgos, Neri, &

Cupertino, 2008), a fim de verificar a validade de construto de um modelo de enfrentamento com base em adaptação e desenvolvimento (Fontes, 2015). Como resultado da análise fatorial, foram identificados três fatores, que explicavam 30,8% da variabilidade dos dados, correspondendo às estratégias não adaptativas, adaptativas e de desenvolvimento. As adaptativas são aquelas que se integram à adversidade, por exemplo, procurar relaxar e tirar um descanso; estratégias não adaptativas são aquelas que não lidam com a adversidade, como beber e comer em excesso e; estratégias de desenvolvimento correspondem àquelas que vão além da adversidade, podendo implicar em aprendizagem, por exemplo, desenvolver laços afetivos.

Um estudo avaliando 415 idosos da comunidade com idade entre 65 e 80 anos ou mais, no qual utilizou as estratégias de enfrentamento do estresse como um indicador de resiliência, constatou que o uso de estratégias não adaptativas apresenta correlação negativa com satisfação com a vida e autoavaliação de saúde, correlações negativas entre estratégias de desenvolvimento e sintomas depressivos e correlações positivas entre estratégias não adaptativas e sintomas depressivos e entre estratégias de desenvolvimento e satisfação com a vida e autoavaliação de saúde. Além disso, percepções atenuadas de intensidade de estresse relativas a eventos de transição, como, também, poucos sintomas depressivos e avaliações positivas de saúde relacionam-se com o uso de estratégias de desenvolvimento. (Fontes, 2015).

A avaliação subjetiva da saúde, a satisfação com a vida, a regulação emocional (medida por meio de sintomas depressivos), considerados correlatos de resiliência psicológica, têm nas estratégias de enfrentamento um importante indicador de resiliência, conduzindo à adaptação e à manutenção do desenvolvimento ao longo da vida.

## **Crenças de agência e autoeficácia**

A teoria social cognitiva, através de Bandura (Bandura, 1997), vem atribuir às crenças valor crucial para a determinação do comportamento humano, uma vez que o sucesso ou insucesso de um determinado desempenho depende, em parte, do que se acredita a respeito dele e, em parte, do seu efetivo resultado.

As crenças de agência são definidas por Bandura como a capacidade de exercitar o controle sobre aquilo que afeta o indivíduo, bem como sobre sua qualidade de vida. Atuar como agente significa ser capaz de avaliar sua capacidade, agregá-la às suas crenças, antecipar possíveis cursos de ação e resultados, avaliar oportunidades e limites socioculturais e, também, pressupõe a capacidade de regular o comportamento em função dos resultados obtidos (Bandura, 1993, 1997).

Bandura (1993, 1997) define três tipos de agência: a pessoal, que se refere à possibilidade de o indivíduo exercer controle através de recursos próprios, incluindo entre eles o conhecimento, a habilidade e o esforço; a delegada, que diz respeito ao exercício de controle através do outro. Nessas situações o controle é exercido através daqueles que têm recursos ou expertise ou possuem influência ou poder para agir em seu favor; e a coletiva, baseada na crença compartilhada das pessoas em sua capacidade coletiva de produzir os resultados desejados. As conquistas grupais são mais do que a soma dos esforços individuais, resultando numa propriedade emergente do nível grupal, apoiada na dinâmica interativa da interdependência e da coordenação dos esforços (Bandura, 1997, 2001).

Os idosos fazem grande uso da agência delegada. Aqueles que desenvolvem laços afetivos apoiam-se nessas interações para buscar ajuda instrumental ou emocional para lidar com as intempéries do envelhecimento. Aqueles com fortes laços sociais tendem a apresentar melhor saúde física e mental do que os que não mantêm relações próximas com os outros. O suporte social pode atuar para o restabelecimento de recursos psicológicos, como os sentimentos de controle, a autoestima e os significados para a vida. Quando estes forem diminuídos por situações de estresse, podem também ajudar os idosos a se valerem de suas reminiscências para reconciliar-se com as coisas desprazerosas que tenham acontecido em seu passado. (Krause, 2006).

As crenças de agência operam através das crenças de autoeficácia. Estas se referem à crença de que alguém pode desempenhar uma tarefa difícil ou nova, ou enfrentar a adversidade em vários níveis do funcionamento humano, trata-se da crença em sua competência para realizar algo, produzir um determinado resultado (Bandura, 1997). Desse

modo, o idoso precisa acreditar em sua capacidade de seguir um tratamento, antes de aderir a ele, precisa acreditar que será capaz de andar, antes de usar um andador, ou que, poderá ter um melhor desempenho de memória, se acreditar em sua capacidade de se lembrar dos eventos ou ainda de que será capaz de regular sua emoção, antes de poder, de fato, lidar com ela. Com relação ao enfrentamento, as crenças de autoeficácia podem determinar o curso do enfrentamento e os estressores podem ser muito mais ameaçadores para aqueles que não percebem a si próprios como tendo controle sobre o que lhes acontece.

A eficácia percebida para exercer controle sobre os estressores ocupa um papel crucial para o manejo da ansiedade e dos pensamentos perturbadores (Bandura, 1993). Quando um idoso lida com uma ameaça diante da qual se avalia como incompetente, fica diante de uma cascata de processos que aumentam o seu estresse, entre eles, a liberação de hormônio cortisol (que prepara o corpo para lutar ou fugir), o aumento do ritmo cardíaco, a diminuição da função imunológica (que favorece o aumento de depressão e comorbidades médicas). Com relação aos pensamentos perturbadores, Bandura (1993) faz menção ao provérbio: “Você não pode impedir a preocupação de que os pássaros voem sobre sua cabeça. Mas você pode impedi-los de construir um ninho em sua cabeça”. A maior fonte de estresse não é a frequência de pensamentos perturbadores, mas sim a percepção de que se é incapaz de se desligar deles.

## **IMPLICAÇÕES PARA A PSICOTERAPIA**

Compreender o processo de envelhecimento pode ajudar a desenvolver um ponto de vista sobre a maturidade, o que, sem dúvida, terá reflexos para encaminhamentos e ações do cotidiano dos contextos clínicos.

Os conhecimentos e experiências acumulados pelo velho o habilitam a um lugar de destaque, porém, numa sociedade centrada no jovem e numa economia de mercado, no qual o velho é rapidamente substituído pelo novo, ficar velho quase sempre significa não ocupar um lugar definido, estar à margem ou, ao menos, se comportar dentro do que se define como

normal. de Gusmão (2003) propõe um olhar antropológico descrevendo a velhice e o processo de envelhecimento em nossa sociedade como partes integrantes de um processo contraditório, em que o velho oscila entre ser parte integrante das relações sociais, e aí ter um papel definido, e, por outro lado, ocupar uma posição de projeção não definida. O velho é aquilo que não sou, aquilo que não quero ver em mim. Desse modo, a modernidade nega ao velho a condição de sujeito, produto e produtor da cultura.

Laidlaw e McAlpine (2008) descrevem aspectos que devem ser levados em consideração quando se propõe incorporar informações relevantes da Gerontologia que possam contribuir para uma aliança terapêutica empática e consistente com o idoso. Destacamos aqui as necessidades de: (a) desenvolvimento de uma estrutura conceitual para a psicoterapia, que leve em conta as crenças de coorte, os papéis na transição, as relações intergeracionais, com destaque para os conflitos daí resultantes, o contexto sociocultural, incluindo os estereótipos e crenças internalizadas sobre o envelhecimento; (b) Compreensão da estrutura de tempo na qual os idosos funcionam. Os idosos sabem que seu horizonte de vida é limitado e, portanto, dão preferência a poucos vínculos, mas, significativos, a metas acomodativas e não expansionistas, lembrando-se mais de informações positivas (S. T. Charles & Carstensen, 2010). Nesse sentido, o psicoterapeuta precisa não favorecer o desenvolvimento de uma relação de dependência, procurando incentivar o fortalecimento de vínculos com a rede social do idoso; (c) Reconhecimento da coorte a qual pertence o idoso, bem como as crenças a ela associadas. A título de exemplo, os “*Baby Boomers*” (coorte emergente de idosos) correspondem àqueles que nasceram entre 1950 e 1965, grupo etário que terá 55-70 anos em 2020 (Camarano & Kanson, 2011). Esta geração, além de um volume demográfico específico, relaciona-se com grande parte das transformações vividas no mundo atual nas áreas de comportamento social, sexualidade, família e relações de gênero. Valorizam a qualidade de vida e a autonomia. As mulheres estão desfrutando de mais anos de escolaridade e ocupam mais espaço no mercado de trabalho, além de terem promovido a revolução sexual e familiar, tiveram menos filhos. Aliadas à independência financeira, tam-

bém estão mais expostas ao uso de álcool e cigarro, fatores que afetam sua saúde (Camarano & Kanso, 2011). Ainda, as mulheres, a quem são delegadas tarefas de cuidado, podem ter dificuldade em se envolverem com cuidados em relação a si próprias ou pode ser difícil aos homens regularem suas emoções, com base na expressão dos sentimentos, quando, culturalmente a eles foi negado o direito de se mostrarem vulneráveis.

Outro conjunto de temas que devem ser discutidos no âmbito da clínica com idosos são elencados por Evans (2007), apoiado no modelo preconizado por Laidlaw, Thompson, e Gallagher-Thompson (2004). São eles: (a) Pontos de transição e perdas, incluindo a morte de cônjuges, parentes e amigos; perdas da rede de contatos, por meio de mudanças na situação social, realocação para uma nova comunidade; experiências como a aposentadoria, que podem trazer mudanças no contexto das relações intergeracionais ou a necessidade de adquirir novos papéis. Cabe ao psicoterapeuta ajudar o idoso a reconhecer distorções cognitivas e pensamentos disfuncionais, aos quais as situações estejam associadas, bem como a encontrar maneiras alternativas para lidar com a situação; (b) Envelhecimento e ageísmo. As pessoas idosas podem internalizar julgamentos negativos e estereótipos relativos ao envelhecimento. Cabe ao psicoterapeuta pontuar a arbitrariedade dessas crenças trazendo informações de livros e documentos sobre o envelhecimento; (c) Sintomas físicos e cognições depressivas. As pessoas idosas podem desconhecer que sintomas físicos como a falta de energia e apetite podem estar relacionados à manifestação de uma depressão. Por outro lado, as pessoas com depressão e morbidades físicas podem ficar ruminando sobre sua incapacidade e acentuar as expectativas sobre ela. Nesse sentido, o psicoterapeuta pode ajudá-los a identificar tais cognições distorcidas, que podem estar alimentando o processo, além de ajudá-los a diferenciar entre a desesperança advinda da depressão e uma visão realística que reconheça as limitações.

As crenças estereotipadas e preconceituosas a respeito do envelhecimento não são propriedade exclusiva do idoso ou da coorte a qual pertencem. O psicoterapeuta, de seu lado, necessita rever crenças e atitudes pre-

conceituosas que possam ter impacto sobre suas práticas clínicas, por exemplo, as que consideram que idosos têm alto índice de doenças mentais (em especial a depressão), que são ineficientes para o trabalho, sendo em sua maioria frágeis e doentes, que são socialmente isolados, que não se interessam por sexo (Barclay, 2004), que não são responsivos ao tratamento, que não podem aprender novos comportamentos, que o envelhecimento é caracterizado apenas por perdas, ou que o idoso não é capaz de se engajar em um processo psicoterapêutico (Evans, 2007). É preciso que o psicoterapeuta cognitivo-comportamental encontre um equilíbrio entre a consciência dos limites impostos pelas perdas físicas e uma avaliação excessivamente negativa das perdas por parte dos idosos. Encontrar esse equilíbrio pode pressupor uma abordagem interdisciplinar envolvendo além da atuação psicológica, a inclusão de avaliações e contribuições de uma equipe interdisciplinar. Atender ao idoso pressupõe além da integração de conhecimentos advindos de áreas como a Psicologia, a Biologia, a Sociologia, a Medicina, também a habilidade para se trabalhar em equipe, seja na pesquisa ou na intervenção gerontológica (Doll, 2011).

A escolha de estratégias psicoterapêuticas pelo clínico pode requerer a compreensão da relevância de um envelhecimento resiliente para o bem-estar e saúde dos idosos, não necessariamente privilegiando a resolução do problema (tratamento), mas sim a manutenção do funcionamento e do bem-estar (Laidlaw & McAlpine, 2008), com vistas à adaptação e desenvolvimento. Assim, a terapia cognitivo-comportamental (TCC) deve enfatizar a aquisição de habilidades de regulação emocional; a utilização de estratégias adaptativas e de desenvolvimento para lidar com perdas; as revisões de vida, onde são reconhecidos os comportamentos e relações positivas para lidar com adversidades. Deve-se ainda promover o fortalecimento de crenças em autoeficácia no enfrentamento dos estressores, a habilidade de resolver problemas, a capacidade de escolher. Tais habilidades contribuem para aumentar as chances de um enfrentamento adaptativo. Tudo isso necessita ser feito a partir de uma atitude empática e de tolerância para com as idiossincrasias do idoso.

A habilidade de enfrentar os estressores presentes na vida do idoso comporta mais do que ajudá-lo a eliminar ou atenuar o efeito

de estressores. A psicoterapia deve permitir ao idoso a possibilidade de participar de uma experiência positiva, que inclua as diferentes dimensões do bem-estar psicológico: senso de domínio, crescimento pessoal, ter um propósito de vida, autonomia, autoaceitação e relações positivas com os outros (Ryff, 1989). As práticas clínicas numa perspectiva cognitivo-comportamental deveriam incluir psicoeducação dos idosos, promover ajustes frente às alterações cognitivas no processamento das informações, adequação ao que é determinado como estágio de desenvolvimento e adaptação do atendimento às limitações funcionais e do contexto social (Areal, 2003). As estratégias para reestruturação cognitiva, consideradas efetivas para o desenvolvimento de comportamentos resilientes, podem não ser tão eficazes quanto o uso de estratégias comportamentais por idosos que apresentem declínio cognitivo. Dessa forma, os idosos podem ser encorajados a tomar notas durante as sessões, a associar as novas informações a uma experiência prévia e receberem telefonemas como lembretes ou usarem um alarme para realizar certas atividades terapêuticas, por exemplo, os exercícios respiratórios; além de efetuar tarefas graduadas por dificuldade e de se exporem de maneira graduada aos eventos adversos e ensaios (Chand & Grossberg).

A clínica com idosos traz a oportunidade de aprendermos mais sobre resiliência, limites, incertezas e sabedoria.

---

## **IDEIAS-CHAVE**

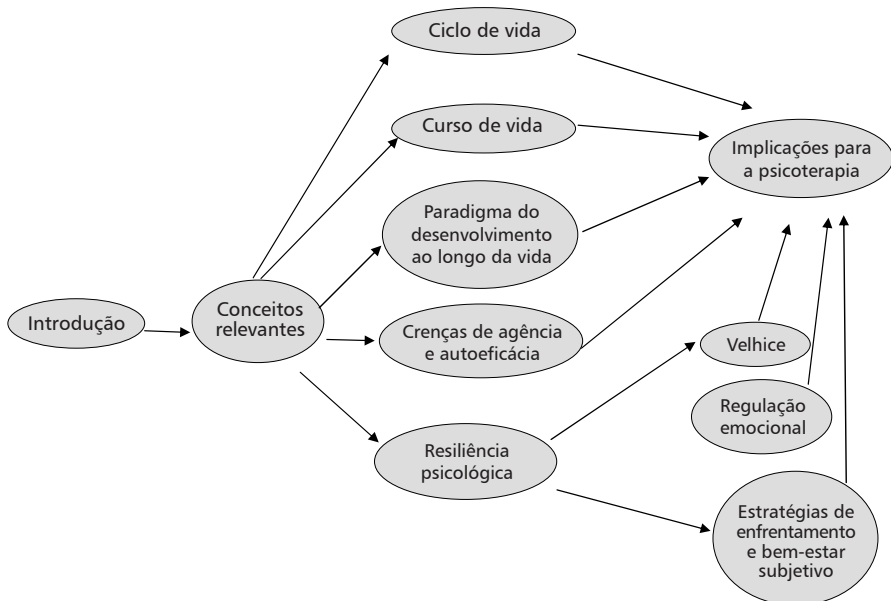
1. A psicoterapia com idosos envolve conhecimentos advindos da psicologia do desenvolvimento ao longo da vida, da Biologia e das Ciências Sociais, apoiando-se em estudos transversais e, principalmente, em estudos de coortes sequenciais.
2. As características centrais do paradigma do desenvolvimento ao longo da vida são: a historicidade, a multidirecionalidade, a plasticidade comportamental, o equilíbrio entre perdas e ganhos e os mecanismos de autorregulação da personalidade, que se mantêm intactos durante a velhice e garantem a continuidade do funcionamento psicossocial.
3. A resiliência, capacidade de regular as emoções e enfrentar as adversidades, de forma a dar continuidade aos processos de adaptação e desenvolvimento, tem sido associada a



conceitos gerontológicos como os de envelhecimento bem-sucedido, bem-estar subjetivo, satisfação com a vida e autoavaliação de saúde.

4. A clínica com idosos deve levar em conta as crenças de coorte, os papéis na transição, as relações intergeracionais e o contexto sociocultural, incluindo estereótipos e crenças sobre o envelhecimento.
5. As perdas e transições (mortes de cônjuges, parente, amigos, saúde, funcionalidade, redes de apoio, entre outros) podem trazer mudanças nas relações intergeracionais e a necessidade de adquirir novos papéis. Cabe ao psicoterapeuta ajudar o idoso a reconhecer distorções cognitivas e pensamentos disfuncionais, bem como encontrar maneiras alternativas para lidar com a situação.
6. A clínica com idosos envolve o uso de estratégias que minimizem o efeito das perdas cognitivas, como o uso de agendas, de telefonemas para lembretes, o apoio em estratégias bem-sucedidas, já em uso pelos idosos, o encaminhamento para atividades de estimulação e treino cognitivo e de interação social.
7. O atendimento ao idoso requer a inclusão de avaliações e contribuições de equipe interdisciplinar.

## MAPA CONCEITUAL\*



\* [www.sinopsyseditora.com.br/tccid](http://www.sinopsyseditora.com.br/tccid).

## LEITURAS-CHAVE

1. Barclay, L. (2004). Guidelines for psychological practice with older adults. *American Psychologist*, 59(4), 236-260.
2. Guariento, M. E., & Neri, A. L. (2010). *Assistência Ambulatorial ao Idoso*. Campinas, SP: Alínea.
3. Hildon, Z., Montgomery, S. M., Blane, D., Wiggins, R. D., & Netuveli, G. (2010). Examining resilience of quality of life in the face of health-related and psychosocial adversity at older ages: What is "right" about the way we age? *Gerontologist*, 50(1), 36-47. doi 10.1093/geront/gnp067
4. Neri, A. L. (1995). *Psicologia do Envelhecimento*. Campinas (SP): Papirus Editora.
5. Neri, A. L. (2011a). Bem-estar subjetivo, personalidade e saúde na velhice. In E. V. Freitas, & L. Py (Eds.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (3a ed.) (pp. 1495-1506). Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.
6. Neri, A. L. (2014). *Palavras-Chave em Gerontologia*. Campinas, SP: Alínea.

## REFERÊNCIAS

- Aldwin, C. M. (1994). *California Coping Inventory*. Documento apresentado na American Psychological Association, Los Angeles, US.
- Arean, P. A. (2003). Advances in psychotherapy for mental illness in late life. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 11(1), 4-6.
- Baltes, P. B. (1987). Theoretical propositions of life-span developmental psychology: On the dynamics between growth and decline. *Developmental Psychology*, 23(5), 611-626. doi 10.1037/0012-1649.23.5.611
- Baltes, P. B. (1997). On the incomplete architecture of human ontogeny: Selection, optimization, and compensation as foundation of developmental theory. *American Psychologist*, 52(4), 366-380. doi 10.1037/0003-066X.52.4.366
- Baltes, P. B., & Baltes, M. M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: The model of selective optimization with compensation. *Successful aging: Perspectives from the Behavioral Sciences*, 1, 1-34.
- Baltes, P. B. & Smith, J. (1995). *Psicologia da Sabedoria: Origem e desenvolvimento* (A. L. Neri & L. L. Goldstein, Trans.). In A. L. Neri (Ed.), *Psicologia do envelhecimento* (pp. 41-72). Campinas, SP: Papirus Editora.
- Baltes, P. B., & Smith, J. (2006). Novas fronteiras para o futuro do envelhecimento: A velhice bem-sucedida do idoso jovem aos dilemas da quarta idade. *A terceira idade*, 17(36), 7-31.
- Bandura, A. (1993). Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educational psychologist*, 28(2), 117-148.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York, US: Freeman.

- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: An agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52(1), 1-26.
- Barclay, L. (2004). Guidelines for psychological practice with older adults. *American Psychologist*, 59(4), 236-260.
- Barnes, D. E., & Yaffe, K. (2011). The projected effect of risk factor reduction on Alzheimer's disease prevalence. *The Lancet Neurology*, 10(9), 819-828. doi 10.1016/S1474-4422(11)70072-2
- Beutel, M. E., Glaesmer, H., Decker, O., Fischbeck, S., & Brahler, E. (2009). Life satisfaction, distress, and resiliency across the life span of women. *Menopause*, 16(6), 1132-1138. doi 10.1097/gme.0b013e3181a857f8
- Camarano, M. A., & Kanso, S. (2011). Envelhecimento da população brasileira: uma contribuição demográfica. In E. V. Freitas & L. Py (Eds.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 58-73). Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.
- Carstensen, L. L. (1995). Motivação para contato social ao longo do curso de vida: uma teoria de seletividade socioemocional. In A. L. Neri (Ed.), *Psicologia do envelhecimento* (pp. 111-144). Campinas, SP: Papirus.
- Chand, S. P. & Grossberg, G. T. (2013). Evidence-Based Reviews. How to adapt cognitive-behavioral therapy for older adults. *Current Psychiatry*, 12(3), 10-15. Recuperado de [http://www.obgynnews.com/view-pdf.html?file=fileadmin/cp\\_archive/pdf/1203/1203CP\\_Chand](http://www.obgynnews.com/view-pdf.html?file=fileadmin/cp_archive/pdf/1203/1203CP_Chand)
- Charles, S. G. (2011). Emotional Experience and Regulation in Later Life. In K. W. Schaie & S. L. Willis (Eds.), *Handbook of the Psychology of Aging* (pp. 295-309). San Diego, US: Elsevier.
- Charles, S. T., & Carstensen, L. L. (2010). Social and emotional aging. *Annual Review of Psychology*, 61, 383-409. doi 10.1146/annurev.psych.093008.100448
- Damasceno, B. P. (2011). Demências. In M. E. Guariento, & A. L. Neri (Eds.), *Assistência ambulatorial ao idoso* (pp. 243-254). Campinas, SP: Alínea.
- Davis, M. C., Zautra, A. J., Johnson, L. M., Murray, K. E., & Okvat, H. A. (2007). Psychosocial Stress, Emotion Regulation, and Resilience among Older Adults. In C. M. Aldwin, C. L. Park, & I. A. Spiro (Eds.), *Handbook of health psychology and aging* (pp. 250-266). New York, US: Guilford Press.
- de Gusmão, N. M. M. (2003). Infância e velhice: Desafios da multiculturalidade. In N. M. M. De Gusmão (Ed.), *Infância e velhice. pesquisa de ideias* (pp. 15-32). Campinas, SP: Alínea.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302. doi 10.1037/0033-2909.125.2.276
- Doll, J. (2011). Planejamento e Avaliação de Programas Educacionais Visando à Formação de Recursos Humanos em Geriatria e em Gerontologia. In E. V. Freitas & L. Py (Eds.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (3a ed.) (pp. 1689-1699). Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.
- dos Santos, É. G. & de Siqueira, M. M. (2010). Prevalência dos transtornos mentais na população adulta brasileira: Uma revisão sistemática de 1997 a 2009. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(3), 238-246.
- Erikson, E. H. (1998). *O ciclo de vida completo (versão ampliada)* (M. A. V. Veronese, Trans.). Porto Alegre, RS: Artes Médicas.

- Evans, C. (2007). Cognitive-behavioural therapy with older people. *Advances in Psychiatric Treatment*, 13(2), 111-118.
- Ferreira, A. B. H. (1999). *Novo Dicionário Aurélio Século XXI: O dicionário da língua portuguesa* (3a ed.). Rio de Janeiro, RJ: Nova Fronteira.
- Folkman, S., & Moskowitz, J. T. (2004). Coping: Pitfalls and Promise. *Annual Review of Psychology*, 55, 745-774. doi 10.1146/annurev.psych.55.090902.14 1456
- Fontes, A. P. (2015). *Estratégias de enfrentamento, regulação emocional e bem-estar subjetivo em idosos, numa perspectiva de resiliência* (Tese de Doutorado). Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.
- Fontes, A. P., & Neri, A. L. (2015). Resilience e velhice: Revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(5), 1475-1495.
- Fortes-Burgos, A. C. G., Neri, A. L., & Cupertino, A. P. F. B. (2008). Eventos estressantes, estratégias de enfrentamento, autoeficácia e sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 21(1), 74-82.
- Frankl, V. E. (1985). *Man's search for meaning*. Boston, US: Beacon Press.
- Gatz, M. (1998). Toward a developmentally-informed theory of mental disorder in older adults. In J. Lomranz (Ed.), *Handbook of aging and mental health*. (pp. 101-120). New York, US : Plenum.
- Gooding, P. A., Hurst, A., Johnson, J., & Tarrier, N. (2012). Psychological resilience in young and older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(3), 262-270. doi 10.1002/gps.2712
- Gwozdz, W., & Sousa-Poza, A. (2010). Ageing, health and life satisfaction of the oldest old: An analysis for Germany. *Social Indicators Research*, 97(3), 397-417.
- Hardy, S. E., Concato, J., & Gill, T. M. (2004). Resilience of community-dwelling older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 52(2), 257-262. doi 10.1111/j.1532-5415.2004.52065.x
- Hildon, Z., Montgomery, S. M., Blane, D., Wiggins, R. D., & Netuveli, G. (2010). Examining resilience of quality of life in the face of health-related and psychosocial adversity at older ages: what is "right" about the way we age? *Gerontologist*, 50(1), 36-47. doi 10.1093/geront/gnp067
- Kessler, E. M., & Staudinger, U. M. (2009). Affective experience in adulthood and old age: The role of affective arousal and perceived affect regulation. *Psychology and Aging*, 24(2), 349-362. doi 10.1037/a0015352
- Knight, B. G., Karel, M. J., Hinrichsen, G. A., Qualls, S. H., & Duffy, M. (2009). Pikes Peak model for training in professional geropsychology. *American Psychologist*, 64(3), 205.
- Laidlaw, K., & McAlpine, S. (2008). Cognitive behaviour therapy: How is it different with older people? *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 26(4), 250-262.
- Laidlaw, K., Thompson, L. W., & Gallagher-Thompson, D. (2004). Comprehensive conceptualization of cognitive-behaviour therapy for late depression. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 32(04), 389-399. doi 10.1017/S1352465804001584
- Larcom, M. J., & Isaacowitz, D. M. (2009). Rapid emotion regulation after mood induction: Age and individual differences. *Journal*

- of *Gerontology: Psychological Sciences*, 64B(6), 733-741. doi 10.1093/geronb/gbp077
- Leipold, B., & Greve, W. (2009). Resilience: A conceptual bridge between coping and development. *European Psychologist*, 14(1), 40-50. doi 10.1027/1016-9040.14.1.40
- Krause, N. (2006). Social relationships in late life. In R. H. Binstock & L. K. George (Eds.), *Handbook of Aging and the Social Sciences* (6th ed.) (pp. 182-201). San Diego, US: Academic Press.
- Mather, M., & Carstensen, L. L. (2005). Aging and motivated cognition: The positivity effect in attention and memory. *Trends in Cognitive Sciences*, 9(10), 496-502. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.tics.2005.08.005
- Neri, A. L. (2010). Dependência e autonomia. In A. L. Neri, & M. Guariento (Eds.). *Assistência Ambulatorial ao Idoso*. (pp. 31-44). Campinas, SP: Alínea.
- Neri, A. L. (2011a). Bem-estar subjetivo, personalidade e saúde na velhice. . In E. V. Freitas & L. Py (Eds.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (3a ed.) (pp. 1495-1506). Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.
- Neri, A. L. (2011b). Teorias psicológicas do envelhecimento: Percorso histórico e teorias atuais. In E. de Freitas, L. Py, F. Cançado, J. Doll, & M. Gorzoni (Eds.), *Tratado de Geriatria e Gerontologia* (pp. 58-77). Rio de Janeiro, RJ: Guanabara Koogan.
- Neri, A. L. (2014). *Palavras-Chave em Gerontologia*. Campinas, SP: Alínea.
- Neri, A. L., Eulálio, M. D. C., & Cabral, B. E. (2013). Bem-estar indicado por satisfação, afetos positivos e negativos e senso de ajustamento psicológico. In A. L. Neri (Ed.), *Fragilidade e Qualidade de Vida na velhice* (1a ed.). Campinas, SP: Alínea.
- Neugarten, B. L. (1969). Continuities and Discontinuities of Psychological Issues Into Adult Life. *Human Development*, 12(2), 121-130. Recuperado de http://www.karger.com/DOI/10.1159/000270858
- Nygren, B., Norberg, A., & Lundman, B. (2007). Inner Strength as Disclosed in Narratives of the Oldest Old. *Qualitative Health Research*, 17(8), 1060-1073. doi 10.1177/1049732307306922
- Ribeiro, L. H. M., Neri, A. L., Pinto, M. J., Falsarella, G. R., Spósito, G., & Freitas, D. C. D. (2013). Desempenho das atividades de vida diária e fragilidade. In A. L. Neri (Ed.), *Fragilidade e qualidade de vida na velhice* (pp. 189-208). Campinas, SP: Alínea Editora.
- Rowe, J. W., & Kahn, R. L. (1997). Successful Aging. *Gerontologist*, 37(4), 433-440. doi 10.1093/geront/37.4.433
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 57(3), 316-331. doi 10.1111/j.1939-0025.1987.tb03541.x
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069-1081. doi 10.1037/0022-3514.57.6.1069
- Ryff, C. D., Friedman, E., Morozink, J., & Tsenkova, V. (2012). Psychological Resilience in Adulthood and Later Life: Implications for the health. In B. Hayslip Jr & G. Smith (Eds.), *Annual Review of Gerontology and Geriatrics: Emerging Perspectives on Resilience in Adulthood and Later Life* Edited by Bert Hayslip, Jr., and Gregory C. Smith (Vol. 32) (pp. 73-92). New York, US: Springer Publishing Company.

Staudinger, U. M., Marsiske, M., & Baltes, P. B. (1993). Resilience and levels of reserve capacity in later adulthood: Perspectives from life-span theory. *Development and Psychopathology*, 5(4), 541-566. doi 10.1017/S0954579400006155

Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165-178.

Windle, G., Markland, D. A., & Woods, R. T. (2008). Examination of a theoretical model of psychological resilience in older age. *Aging Ment Health*, 12(3), 285-292. Doi 10.1080/13607860802120763

Zaitune, M. P. A. (2011). Incapacidade Funcional. In M. E. Guarineto, & A. L. Neri (Eds.), *Assistência ambulatorial ao idoso* (pp. 305-310). Campinas, SP: Alínea.