



**Psicogerontologia
com enfoque
Junguiano.
Envelhecer,
integrar, ampliar,
reconstruir,
analisar,
transformar**

*Maria das Graças Serrão da Silva
Bernadete de Oliveira*

O aumento de idosos na população brasileira faz com que todos os segmentos sociais vivenciem, em algum momento, as carências e a fragilidade da velhice. Neste cenário, consideramos a Psicogerontologia Junguiana como fonte científica contínua, ao possibilitar entender o ser humano em sua plenitude e em constante metamorfose de sua essência, e na segunda metade da vida permanecer como criador ativo, compartilhando desejos e dando significado à vida.

Também nos apoiamos em estudos que descrevem como frágil o idoso que preenche, no mínimo, quatro das seguintes características: ter idade igual ou superior a 80 anos; sofrer de depressão; apresentar instabilidade de equilíbrio e marcha; diminuição da força de preensão palmar, e/ou nas articulações dos ombros e joelhos, e/ou nos músculos dos membros inferiores; usar medicamentos sedativos; ter déficit visual (OLIVEIRA; DUARTE; LEBRÃO, 2015; MACEDO; GAZZOLA; NAJAS, 2008).

Nesta perspectiva, chama atenção o pressuposto que mostra a correlação entre a fase da velhice e corpo envelhecido, trazendo as características que são do corpo, as quais migram para as esferas psíquicas, social, política e econômica. Ou seja, o longo trajeto de vida do idoso envolve o processo de envelhecimento (que se dá no corpo) e, ao mesmo tempo, evidencia a subjetividade humana que perpassa a história já vivida, trazendo significados simbólicos para o momento presente (LOPES *et. al.* 2008).

Na Psicogerontologia encontramos, inicialmente, nos textos de Carl Gustav Jung o desvelamento do ser humano - uma abordagem que, de forma

fascinante, mostra o ser humano em sua totalidade. Compreendemos que somos a busca do inconsciente e da realidade objetiva, do radical ao flexível, do poder à submissão, da dureza à fragilidade. Enfim, somos seres humanos inteiros e em constante metamorfose de nossa essência.

A satisfação com a vida associa-se à satisfação de seus domínios específicos - lazer, saúde, finanças, vida pessoal/afetiva e grupo de pertença - e a satisfação global com a vida atual, passada e futura, assim como a visão dos outros significantes a respeito dela. Já as respostas ou estados emocionais que explicitam a satisfação com a vida compreendem as emoções e estados de humor positivos ou agradáveis, como: alegria, orgulho, contentamento, amor próprio, carinho, felicidade e êxtase (CASTRO, 2002).

Entre os determinantes sociais que representam a satisfação com a vida destaca-se o envolvimento religioso, em virtude do papel que a religiosidade desempenha na configuração dos níveis de bem-estar subjetivo, especialmente dos idosos, razão pelas quais diversas áreas como a Medicina, a Psicologia e a Sociologia, vêm buscando elucidar as possíveis inter-relações existentes entre esses construtos. A religiosidade tem se destacado como uma variável capaz de contribuir para a promoção e a manutenção do bem-estar dos idosos, sejam por meio do consolo espiritual, da rede de apoio social e/ou pelas regras de conduta moral e espiritual que ela estabelece (CASTRO, 2002).

Este cenário promissor do processo de envelhecimento é afetado de forma contundente pelo *desequilíbrio social* na educação, na saúde e na política e que impacta de modo sistemático este período da vida. Esta realidade impõe a pergunta: Por que em pleno século XXI os direitos não são de fato efetivados, mesmo com as leis criadas desde o século passado, visando garantir vida digna para todos – independente de raça, cor, sexo e idade?



Consta-se que em determinadas culturas a velhice é relacionada à maturidade e à sabedoria, mas na moderna sociedade capitalista de consumo prevalece o preconceito. O idoso é, assim, visto e julgado como carente e com precária condição físico-biológica o que o impede de ingressar ou retornar à esfera competitiva própria ao mercado (MINAYO; COIMBRA, 2002). Mesmo afastado da cadeia produtiva - não por acaso o núcleo formador das associações em defesa do idoso começou a partir da união de grupos de aposentados -, ele

também não é considerado como consumidor em potencial e, salvo poucas exceções, permanece em constante situação de desigualdade social, inserindo-se em um mundo que não parece admiti-lo com a mesma facilidade de outros grupos pertencentes a outras faixas etárias (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008). A Constituição Federal de 1988 assegura o direito a uma velhice digna, e a proteção da pessoa idosa, amparada nos princípios da cidadania e da dignidade da pessoa humana, considerada parte do conjunto de direitos que irão fomentar uma sociedade justa, igual e solidária, fundamento do Estado Democrático e Social de Direito. A Constituição tem como um dos objetivos fundamentais “promover o bem de todos, sem preconceito de origem, raça, sexo, cor, idade e quaisquer outras formas de discriminação” (RAMOS, 2003, p.149).

Os princípios da cidadania e da dignidade da pessoa humana foram incorporados no texto constitucional brasileiro, traduzindo a aceitação, no plano político interno, das diretrizes relativas aos direitos humanos reconhecidos a nível universal. Decorre daí uma demanda de prestações positivas pelo Estado, dentre as quais, evidentemente, insere-se a proteção da dignidade do idoso, em seus mais diversos aspectos (social, político, jurídico etc.). No que tange a assistência social, prevê a destinação de renda mínima aos idosos que dela necessitarem, tornando evidente o dever de solidariedade em relação ao idoso que não dispõe de renda econômica.

Verifica-se a existência de uma estrutura jurídica voltada para a proteção da dignidade da pessoa humana, e nela se insere o conjunto de ações destinadas a integração social do idoso, reconhecendo-lhe a fragilidade ante a dinâmica social capitalista. Em um mundo competitivo e excludente, o idoso dado às limitações naturais de ordem biológica, geralmente é visto como portador de um déficit econômico e social, cujo resgate e busca da igualdade passa a ser objetivo da tutela jurídica específica (SCHNEIDER; IRIGARAY, 2008). Tal cenário é provocativo. Todos que convivem com idosos sabem que precisam de um olhar cuidadoso para as questões que envolvem as limitações de ordem biológica, emocional, socioeconômica, cultural e ambiental, mas sem exclusão. As definições e os modelos clínicos das *Grandes Síndromes Geriátricas* contribuem para essa ampliação do olhar.



A Síndrome da Fragilidade e a Sarcopenia são facetas geriátricas que explicitam a urgência da integração da equipe multidisciplinar para sua identificação precoce visando postergar a evolução e os agravos decorrentes da negligência presente.

Fragilidade é, assim, considerada uma síndrome clínica caracterizada pela diminuição da reserva energética e pela resistência reduzida aos estressores, que resulta do declínio cumulativo dos sistemas fisiológicos e causa vulnerabilidade às condições adversas, por haver dificuldade de manutenção da homeostase em situações de exposição às perturbações, tais como, alterações de temperaturas ambientais e variações na condição de saúde. (FRIED *et.al.* citado por OLIVEIRA; DUARTE; LEBRÃO, 2015, p.161)

O estado nutricional está, frequentemente, comprometido nos idosos frágeis. Inúmeros são os fatores que podem ser responsáveis por esse quadro, como: o efeito colateral de medicamentos, o comprometimento visual, a diminuição do paladar, a diminuição do olfato, os problemas dentários, a diminuição da salivação, a depressão, o isolamento social, o alcoolismo, a anorexia, a incapacidade física, as dificuldades financeiras ou sociais e as doenças crônicas avançadas. Os efeitos benéficos potenciais do uso de suplementos nutricionais parecem ocorrer especialmente quando a suplementação nutricional está associada ao exercício físico (MACEDO; GAZZOLA; NAJAS, 2008).

A sarcopenia, definida como a perda de função e massa muscular decorrente da idade, é altamente relevante para a prática clínica, pois está associada a vários desfechos negativos, incluindo diminuição da funcionalidade e da sobrevida. Para o diagnóstico da sarcopenia, atualmente, se compõem tanto medidas de massa e força muscular quanto medidas do desempenho físico (DODDS; SAYER, 2014). Por outro lado, *sinais e sintomas em Psicogerontologia* presentes nas patologias identificadas como Demência, Depressão e/ou *Delírium* são um desafio para os profissionais da área sócio sanitária: desafio da escuta, e de um olhar criterioso frente à necessidade de reconhecer e identificar os distúrbios e intervir preventiva e apropriadamente.



O esquecimento está entre as queixas mais recorrentes dos idosos. A perda da memória acomete tanto aos idosos quanto às suas famílias, podendo ser considerada como o problema emocional de maior desafio. Especialmente, porque as perdas severas da memória podem causar isolamento social e decréscimo da capacidade de viver em família e em sociedade. Note-se que as perdas de memória não podem ser consideradas normais em nenhuma faixa etária (BLAZER, 1998, p. 48).

A grande maioria dos idosos “esquece, lembra que esqueceu e, finalmente, esquece que esqueceu”. Uma senhora, por exemplo, pode se esquecer do nome de seu novo genro. Este esquecimento a perturba, procura na memória até que o nome finalmente surge. Contrastando com isso, o idoso demencial “esquece, esquece que esqueceu e pouco se importa com o esquecimento” após alguns estágios da demência. O idoso que sofre de demência, especialmente quando ela progride, acha melhor mascarar ou encobrir a sua perda de memória, do que falar a respeito. Respostas evasivas ou uma expressão de indiferença ou um franco desdém são os exemplos principais.

Os distúrbios de memória são frequentemente acompanhados pela depressão, mas podem ser reversíveis com tratamento antidepressivo. Segundo estudos pessoas deprimidas têm déficit particularmente na memória episódica. E o uso de determinados antidepressivos com ação anticolinérgica pode agravar os distúrbios de memória nessas pessoas (GUIMARÃES; CUNHA, 2004).

A depressão está referenciada a uma síndrome psiquiátrica caracterizada por humor deprimido, perda do interesse ou prazer, com alterações do funcionamento biológico e repercussões importantes na vida do indivíduo podendo chegar à duração, sem tratamento, de meses até anos. Sendo que a depressão não deve ser confundida com a dor transitória que as pessoas sentem frente às perdas ou fracassos, desapontamentos ou frustrações. Nem mesmo ser confundida com o sentimento de impotência e desamparo do indivíduo que recebeu um diagnóstico médico grave ou o pesar profundo pela morte de um ente querido (GUIMARÃES; CUNHA, 2004).

A doença depressiva atinge os sentimentos, o pensamento, o funcionamento corporal, o comportamento, a capacidade para lidar com as decisões e pressões do dia-a-dia e compromete o desempenho do indivíduo. Ela envolve o ser humano em todas as suas dimensões psicológicas, biológicas e sociais, com importantes repercussões familiares e econômicas.

A depressão apresenta sintomas psíquicos e somáticos, tais como: tristeza patológica; anedonia; ansiedade, irritabilidade, mau humor e medo; lentificação do pensamento; atenção comprometida; distorção da realidade; choro imotivado; lentidão e redução do rendimento; distúrbio do sono; redução de energia; apetite reduzido; perda de interesse sexual (GUIMARÃES; CUNHA, 2004).

Pesquisas confirmam que os sintomas depressivos não são mais comuns à idade avançada do que em qualquer outro estágio da vida; que grupos específicos de idosos podem experimentar uma incidência maior de sintomas depressivos significativos - como os que vivem em asilos; os que sofrem doenças médicas severas; ou aquelas extremamente isoladas (BLAZER, 1998).

Embora a incidência de depressão seja menor entre os idosos, quando comparada às pessoas na meia idade e os jovens, o quadro que permanece por mais tempo continua sendo um problema importante a ser enfrentado pelos profissionais. Isso porque, o potencial adverso resultante da depressão, como o suicídio, a negligência com a saúde e a higiene, e o estresse causado pela depressão nas funções físicas, expressam a necessidade de reconhecer o distúrbio e intervir precoce e apropriadamente (BLAZER, 1998).

O *Delirium* tem suas principais características em episódios de confusão aguda, consciência enevoada, capacidade reduzida de manter a atenção ao ambiente externo e uma incapacidade de passar de um estímulo externo a outro. O problema maior no *Delirium* não é a perda da memória, embora esta perda o acompanhe usualmente. Em oposição com as demências, o *Delirium* é causado por um estado doentio, ou por toxinas externas ao cérebro, podendo ser ligada à doença física aguda ou intoxicação por drogas e, geralmente, os sinais e sintomas aliviam quando a doença é tratada ou o agente tóxico é removido (BLAZER, 1998).

Contrastando com a progressão gradual da demência, o *Delirium* se apresenta de forma aguda, ou com uma severidade amenizada, podendo não ser notado pelos cuidadores, seja no ambiente hospitalar ou familiar; ou com uma severidade que leva o indivíduo a bloquear a porta do quarto, por exemplo, devido ao medo que surge durante as horas noturnas. Se a causa do *Delirium* for identificada logo, pode ser revertido. Entretanto, caso a doença de base persista, o *Delirium* poderá gerar um dano permanente ao cérebro (GUIMARÃES; CUNHA, 2004).

As causas do *Delirium* são muito mais numerosas que as da demência. O que pode precipitar um *Delirium*? Qualquer doença sistêmica, tal como infecções agudas ou crônicas, doenças crônica pulmonar, doença crônica cardíaca e desordens endócrinas (diabetes ou doenças da tireoide); o álcool ou medicamentos (especialmente tranquilizantes ou pílulas para dormir); uma alimentação pobre ou a falta ingestão de líquido, comum em idosos que moram sozinhos (BLAZER, 1998).

Ante este quadro de perdas possíveis surgem desafios consideráveis, mas a grande questão é: como o idoso pode continuar criativo, em constante movimento para se sentir satisfeito com a vida, mesmo em situação de fragilidade, incluindo os diferentes sinais físicos e psicológicos apresentados? Embora existam inúmeras pesquisas nacionais e internacionais concluídas e em andamento, com o objetivo de encontrar a melhor maneira de acolher as demandas do idoso frágil, ainda não existe um tratamento específico.

Ao considerarmos a Psicogerontologia com enfoque Junguiano como uma fonte científica contínua - que possibilita o entendimento do ser humano em sua plenitude e em constante metamorfose de sua essência, e que na segunda metade da vida ele permanece como criador ativo, compartilhando desejos e dando significado à vida - constatamos a possibilidade do sujeito idoso explicitar a sua resiliência, seja através da reverberação da sua liberdade de ser, seja no enfrentamento às adversidades, seja na sua maneira de se reinventar diante do seu novo e/ou do seu antigo círculo social.

Permanecer criativo na velhice - mesmo quando se observa o grande desequilíbrio nas relações sociais - é restabelecer determinantes específicos de satisfação com a vida, é ampliar a visão de significantes a respeito da sua própria vida, o que repercute positivamente no seu estado físico e emocional. Portanto, a atuação profissional junto ao sujeito idoso, ancorada na Psicogerontologia com enfoque Junguiano, torna-se instrumento de suporte emocional e de fortalecimento do vínculo - elementos psicogerontológicos fundamentais para melhoria e restabelecimento da satisfação com a vida.

Atuar profissionalmente significa experienciar a escuta, a reflexão e o mergulho em um processo delicado e complexo vivenciado por pessoas em idade avançada, e em processo de fragilização física e emocional. Atuar, pelo lado do sujeito idoso, representa superar a adversidade do desequilíbrio emocional e do declínio físico através de uma experiência transformadora que trará suporte para a renovação do seu envolvimento com o que traz satisfação com a vida de forma mais leve e agradável.

Atuar na área sócio sanitária é estar lado a lado com o idoso longo vivo que vivencia, mesmo nos quadros de perdas, o fortalecimento de seus desejos. Pois, nos parece impossível para o *ser humano estar em constante metamorfose de sua essência* e superar, sozinho, a batalha contra os aspectos negativos ou desagradáveis da vida.



Gaeta (2015) descreveu, em seus estudos sobre a obra de Jung, que na segunda metade da vida o ser humano é obrigado a se confrontar com o fato de que o avançar da idade não pode ser tomado como mero prolongamento da

juventude. Afirma também, que o declínio físico não significa afastamento da alma, mas exatamente o contrário: a possibilidade de realização do *Si mesmo* ser quem se é; incluindo na personalidade conteúdos até então inconscientes devido à unilateralidade do ego jovem “a esta tarefa, Jung dá o nome de processo de individuação” (GAETA, 2015, p. 231).

O processo de individuação pode trazer a possibilidade de um encontro com a criatividade, com a espiritualização. A tarefa da individuação não é apenas garantir a própria individualidade contra uma multidão que ameaça destruí-la, mas perceber que ninguém vive isolado e que a vida não tem sentido por si só. Seu significado deriva da coletividade, da qual cada um é parte. Jung (2008) ao propor o centro da personalidade como o *self* - que é muito maior do que o ego - enfatiza a dimensão coletiva.

Para Jung (2008) plasticidade e versatilidade estão ligadas a vida. As metamorfoses que ocorrem em sua essência é que fazem o ser humano imortal. Portanto, conhecer-se significa familiarizar-se com um vasto número de representações psíquicas de contextos geográficos, históricos e culturais, ou seja, o indivíduo constitui-se psicologicamente em uma unidade separada e ao mesmo tempo unida à humanidade toda.

A atitude meramente pessoal da consciência produz reações da parte do inconsciente e estas, juntamente com as repressões pessoais, contêm as sementes do desenvolvimento individual, sob o invólucro de fantasias coletivas. (JUNG, 2008, p. 44)

Sendo assim, a consciência conta com vários focos possíveis de subjetivação. Neste sentido - do ponto de vista energético - diferentes funções traduzem o movimento predominante da libido que, baseada no esquema de orientação da psique, divide o indivíduo em polos. Tal polarização se traduz em fantasia ativa, que representa a unidade de vários pares de opostos, a saber: introversão/extroversão, o sentimento/pensamento e a intuição/sensação (JUNG, 2008).

Ainda de acordo com o pensamento de Jung (2008), a ciência é uma função do intelecto. Portanto, todas as demais funções psicológicas estão subordinadas ao intelecto como objetos. O intelecto é soberano no reino científico, mas ficar preso ao conhecimento científico significa reduzir, pouco a pouco, a qualidade à quantidade, o concreto ao abstrato, e esvaziar a realidade de todo conteúdo, de toda espontaneidade. Para a ciência, o intelecto é uma ferramenta essencial. Para a psicologia analítica, porém, o intelecto só pode ser útil com Ética¹.

¹ A palavra Ética é de origem grega derivada de *ethos*, que diz respeito ao costume, aos hábitos dos homens. Trata-se de uma reflexão sobre o valor das ações sociais consideradas tanto no âmbito coletivo como no âmbito individual. Fonte: “O que é Ética?”. *Brasil Escola*. Disponível em <http://brasilecola.uol.com.br/sociologia/o-que-etica.htm>. Acesso em: 31 de maio de 2017.

Então, a verdadeira educação está vinculada a ativação da alma, a viver com arte, que exige que o ser esteja completo, inteiro, pleno de toda sua qualidade humana. Por outro lado, o pensamento, a mania de saber, tão característica da nossa cultura, já está inscrita na figura mitológica de Édipo. Pois, para decifrar o enigma da esfinge é necessário ultrapassar a razão, seguir a força do inconsciente e enfrentar os nossos temores.

Note-se que sair do pensamento lógico resulta em partir para as metáforas, símbolos, imagens: como as crianças livres, que conseguem, muitas vezes, surpreender os adultos com as soluções, até lógicas, provenientes de brincadeiras e da descontração. Assim, a sabedoria só tem validade à medida que conseguimos aplicá-la em toda sua plenitude (JUNG, 2008).

O corpo físico pode perder suas formas joviais e, ao se extenuar suas forças, pode potencializar o encontro com a finitude, ainda desconhecida, não aceita, ou seja:

[...] chegar à meia-idade, não é uma garantia de que ela (a metanoia) seja realizada, já que, para entrar em contato com os conteúdos internos, olhar para si, debruçar-se sobre o fenômeno da existência pessoal, envolve coragem, uma vez que este processo não é vivenciado como algo prazeroso ou simplório, mas sim como um momento de dúvidas, crises, em que os fantasmas internos persistem em assombrar o indivíduo numa espécie de chamado para que realize a integração, que olhe para si, se transforme e possa ter a sua consciência ampliada, após passar pela “estrada”. (GAETA, 2015, p. 231)

Porém, observa-se que nem todas as pessoas conseguem realizar a metanoia.

A metanoia é um momento profundo, podendo durar muito tempo, não possuindo cronologia marcada: não é o reinado de Cronos, mas quem é o rei, imperador e mandante é Kairós, simbolizado como o momento interno, tempo das vivências, ou então, em seu sentido literal, momento oportuno. (GAETA, 2015, p. 231)

Para a Psicogerontologia com enfoque Junguiano, na segunda metade da vida há uma reorientação do foco, em que o ser ganha destaque, a personalidade inconsciente começa a constelar, para que haja integração de conteúdos inconscientes. Há um chamado para que o indivíduo idoso retome sua própria história, reveja o que foi realizado na primeira metade da vida, integre conteúdos, em um período de transformação e mudança intenso denominado de metanoia, que significa transformação da identidade a partir da experiência vivenciada pelo indivíduo.

Considerações finais

Ampliar os horizontes por meio de atualização na área da Gerontologia é uma prática imperativa para as equipes multiprofissionais, atuantes nos serviços

sociossanitários de atenção ao idoso. A educação continuada é uma via de mão dupla, pois admite que a somatória da informação e da experiência de vida (e vice-versa) produz o conhecimento que é dinâmico, contextualizado ao mesmo tempo no pessoal e no coletivo.

Considera-se que a obra de Jung é estimulante e a Gerontologia aliada à Psicologia Junguiana surge como a luz no fim do túnel. Ou seja, há plenitude se seguirmos ampliando nossas capacidades, especialmente a profissional, pois a ciência só é objetiva quando as mudanças e as transformações de si mesmo ocorrem com Ética.

A compreensão sobre essa realidade, tão comum, e ao mesmo tempo tão complexa, envolve um processo de aprendizagem norteado pela Psicogerontologia com enfoque Junguiano - metanoia e individuação. Ou seja, a despeito dos desafios da longevidade, dar significado à vida diante das carências da velhice, pode ser sinônimo de integração, ampliação, reconstrução, análise e transformação do ser que envelhece por meio do suporte emocional e de fortalecimento do vínculo, elementos psicogerontológicos fundamentais para melhoria e restabelecimento da satisfação com a vida.

Referências

BLAZER, D. *Problemas Emocionais da Terceira Idade. Estratégias de Intervenção*. São Paulo: Andrei Editora Ltda., 1998.

CASTRO, E.D. *et al.* Habitando os campos da arte e da TO. *Rev. Ter. Ocup.* Universidade de São Paulo. v.13, n.1, p. 1-8, jan./abr. 2002.

DODDS, R.; SAYER, A. A. Sarcopenia. *Arq Bras Endocrinol Metab* [online]. 2014, v.58, n.5, p.464-469.

GAETA, I. P.; HAYDAR; M. A. S. P.; MELLO, L. T. Psicogerontologia junguiana - a compreensão do fenômeno do envelhecimento a partir do conceito junguiano de metanoia (segunda metade da vida). *Anais da XV Semana de Gerontologia e Simpósio Internacional de Gerontologia Social*. PUC SP. v.1. p. 229-233, 2015.

GUIMARÃES, R.M; CUNHA, U.G. V. *Sinais e Sintomas em Geriatria*. Atheneu: São Paulo, 2004.

JUNG, C. G. 1875-1961. *O Eu e o Inconsciente*. Tradução de Dora Ferreira da Silva. 21 ed. Petrópolis: Editora Vozes, 2008. p.176. (Obras completas de C.G. Jung; v.7, t.2).

LOPES, R.G.C. *et al.* (org.). *Envelhecimento e Subjetividade: desafios para uma cultura de compromisso social*. Conselho Federal de Psicologia, Brasília, DF, 2008.

MACEDO, C.; GAZZOLA, J. M.; NAJAS, M. Síndrome da fragilidade no idoso: importância da fisioterapia. *Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde*, Universidade Federal de São Paulo, v.33, n.3, p.177-184, 2008.

MINAYO, M.C.S.; COIMBRA JUNIOR, C. E. A. (Org.). *Antropologia, saúde e envelhecimento* [online]. Editora FIOCRUZ: Rio de Janeiro, 2002. p.209.

OLIVEIRA, B.; DUARTE, Y. A. O.; LEBRÃO, M. L. O ambiente e a fragilidade auto referida em idosos. Trabalho completo publicado em anais. *XV Semana de Gerontologia e Simpósio Internacional de Gerontologia Social*. PUCSP, 2015. v.1. p.159-162.

RAMOS, P. R. B. Direito à velhice: A proteção Constitucional da Pessoa Idosa. In: WOLKMAR, A. C.; LEITE, J. R. M. *Os Novos Direitos no Brasil: natureza e perspectivas uma visão básica das novas conflituosidades jurídicas*. Saraiva: São Paulo, 2003, p.133-149.

SCHNEIDER, R. H.; IRIGARAY, T. Q. O envelhecimento na atualidade: aspectos cronológicos, biológicos, psicológicos e sociais. *Estud. psicol. (Campinas)* [online]. v.25, n.4, p.585-593, 2008.

Data de recebimento: 13/02/2020; Data de aceite: 05/03/2020

Maria das Graças Serrão da Silva - Licenciatura em Pedagogia. Especialista em Psicogerontologia pela Universidade Paulista (UNIPSP). Atua como Supervisora no residencial Lar Sant'ana, Santo Amaro, São Paulo. E-mail: serraodasilvam@yahoo.com.br

Bernadete de Oliveira - Fisioterapeuta. Acupunturista. Fisiologista do exercício e especialista em Gerontologia (titulada pela SBGG). Doutora em Ciências Sociais/Antropologia e Mestre em Gerontologia Social. Atua com equipe multiprofissional e na Fisioterapia Itinerante. Colaboradora do website Portal do Envelhecimento. Coordenadora do Curso de Gerontologia Social do Instituto Sedes Sapientiae e docente dos Cursos de Pós-graduação em Saúde Pública da UNASP e em Psicogerontologia da UNIP. E-mail: bbell_o@yahoo.com.br